

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1967 - N° 164

TITRE DE LA THÈSE

Contribution à l'étude des hémorragies digestives
d'origine ulcéreuse.

A propos d'une statistique de 123 cas
sur un total de 473 ulcères gastro-duodénaux.

SERVICE DE GASTRO ENTEROLOGIE du Docteur FRAISSE
HOPITAL DE SAINT-ÉTIENNE

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 17 Novembre 1967
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Nicole LIVOIREAU

née le 27 Janvier 1941

à LYON 3^e

Contribution à l'étude des hémorragies digestives
d'origine ulcéreuse.

À propos d'une série de 132 cas
sur un total de 470 ulcères gastroduodénaux.

Par M. le Docteur NICOLAS AVERGHEAN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

La Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
a autorisé la publication de cette thèse le 17 Mars 1907
pour déposer le exemplaire de l'original en Bibliothèque

Nicolas AVERGHEAN

Thèse présentée le 17 Mars 1907

à LYON

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1967 - N° 164

TITRE DE LA THÈSE

Contribution à l'étude des hémorragies digestives
d'origine ulcéreuse.

A propos d'une statistique de 123 cas
sur un total de 473 ulcères gastro-duodénaux.

SERVICE DE GASTRO ENTEROLOGIE du Docteur FRAISSE
HOPITAL DE SAINT-ÉTIENNE

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 17 Novembre 1967
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Nicole LIVOIREAU

née le 27 Janvier 1941

à LYON 3^e

Année 1957 - N° 164

TITRE DE LA THÈSE

Contribution à l'étude des hémorragies digestives
d'origine ulcéreuse.

A propos d'une statistique de 123 cas
sur un total de 473 ulcères gastro-duodénaux.

SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE du Docteur FRAISSE
HÔPITAL DE SAINT-ÉTIENNE

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 17 Novembre 1957
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



Nicole LIVOIREAU

née le 27 janvier 1941

A LYON 3

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire :

M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen :

M. J. F. CIER

Assesseurs :

M. M. LEVRAT

M. J. DORCHE

Conseiller Administratif :

M. H. PRUVOST

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. TRILLAT - GARIN - GATE - MARTIN - GABRIELLE - SANTY - DUCLOS - GUILLEMINET -
HERMANN - ROCHET - POLLOSSON - ENSELME - WERTHEIMER - SARROUY - BANSILLON -
DECHAUME - LACROIX.

PROFESSEURS

MM. J. CIBERT
P. PNTHUS
M. CHAMBON
F. PAUPERT-RAVAULT
R. FROMENT
P. CROIZAT
P. MALLET-GUY
L. REVOL
H. PIGEAUD
J. BOURRET
M. LEVRAT
R. SOHIER
G. NETIEN
P. BERTRAND
A. BADINAND
B. DREVON
L. ROCHE
J. COUDERT

Clinique urologique
Physique biologique (détaché à Beyrouth)
Chimie organique et toxicologie
Clinique médicale B
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
Clinique médicale C
Clinique chirurgicale A
Pharmacie galénique
Clinique obstétricale
Médecine du Travail
Clinique médicale A
Bacétriologie - Virologie - Immunologie
Botanique et Cryptogamie
Clinique chirurgicale C
Chimie analytique pharmaceutique
Pharmacie chimique et Pharmacologie
Médecine légale et Déontologie
Parasitologie et Pathologie exotique

MM. P. MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-Rhino-Laryngologie et d'Audiophonologie
L. PAUFIQUE	Clinique Ophtalmologique
H. THIERS	Clinique de Dermatologie, Syphiligraphie et Allergologie
J. BRUN	Clinique de Pneumophtisiologie
J. CREYSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
M. DARGENT	Clinique carcinologique
M. BERGER (1)	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
A. GUICHARD	Anatomie Pathologique
P. GIRARD	Clinique Neuro-Psychiatrique et d'Hygiène Mentale
M. GIRARD	Clinique Médicale D
M. LATARJET	Anatomie
R. PEYCELON	Clinique Chirurgicale B
A. VACHON	Pathologie Médicale
P. GALY	Physio-Pathologie des Voies Respiratoires
J. PAPILLON	Radiologie
M. JEUNE	Clinique Médicale Infantile et Hygiène du Premier Age
A. GONIN	Thérapeutique
P. MONNET	Clinique Médicale Infantile B
J. CHATONNET	Physiologie B
P. GUINET	Clinique Endocrinologique
H. COLLET (1)	Chimie Générale et Pharmaceutique
A. TRILLAT	Clinique de Chirurgie Orthopédique
Ch. FREIDEL	Clinique Stomatologique
J. MARION	Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie Infantiles
J. DORCHE	Matière Médicale et Législation Pharmaceutique
L. MANSUY	Neurochirurgie
L. REVOL (1)	Hématologie
J. LECUIRE (1)	Neurochirurgie
H. LIARAS (1)	Clinique chirurgicale propédeutique
L. PERROT	Chimie
J.F. CIER	Physiologie A
J. PERRIN	Thérapeutique Chirurgicale et Chirurgie Opératoire
P. GOINARD (1)	Clinique Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie expérimentale
P. MICHAUD	Clinique de Chirurgie Cardiaque
M. PONT (1)	Séméiologie médicale
J. TRAEGER	Clinique de néphrologie et maladies métaboliques
J. MATHIEU	Clinique Gynécologique
G. FAUCON	Biologie Médicale et Pharmacodynamie
A. BERTOYE	Clinique des Maladies Infectieuses
G. VIGNON	Hydrologie Thérapeutique, Climatologie et Ecologie Sociale
D. VINCENT	Biochimie appliquée
A. CIER	Pharmacodynamie
L. COLOBERT	Chimie Biologique et Médicale
P. MAGNIN	Physiologie et Pathologie obstétricales
J. THIVOLET	Hygiène et Action Sanitaire et Sociale
M. PLAUCHU (1)	Séméiologie et Médecine générale
J. FRANCILLON	Séméiologie Chirurgicale
C. GIROD	Histologie et Embryologie
X	Pathologie chirurgicale
X	Pathologie générale et expérimentale

(1) Professeurs à titre personnel.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. E. ROMAN	Parasitologie
J. FEROLDI	Anatomie pathologique
R. MORET	Physique biologique
L. ODDOUX	Botanique et Cryptogamie
C. DESPIERRES	Médecine générale
J.P. GARIN	Parasitologie
F. TOLOT	Médecine du Travail
R. MALLEIN	Chimie analytique
E. PINET	Electro-Radiologie
D. COLOMB	Dermatologie
R. FRANCOIS	Pédiatrie
M. COLLIN	Médecine Légale
F. LARBRE	Pédiatrie
J. GRAS	Chimie Biologique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM. R. CREYSSEL	Chimie biologique
J. GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
J. DESCOTES	Chirurgie générale
M. JOUVET	Pathologie expérimentale
R. MORNEX	Médecine générale
J.O. PEYRIN	Physique biologique
M. TOMMASI	Anatomie pathologique
P. BUFFARD	Electro-Radiologie
E. LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
Fr. de MOURGUES	Stomatologie
H. NAUSSAC	Maladies infectieuses
J. REBOUILLAT	Chirurgie générale
G. ROMAGNY	Pédiatrie
J.P. DELAHAYE	Médecine générale
R. DELEUZE	Anesthésiologie
M. GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
A. MICHEL	Anesthésiologie
R. LAMBERT	Médecine générale
D. FRIES	Médecine générale
R. GILLY	Pédiatrie
J. ROBERT	Médecine générale
A. BOUCHET	Anatomie
M. BETHENOD	Pédiatrie
D. GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
J.C. KALB	Pneumo-phtisiologie
J. SOUSTELLE	Chirurgie générale
J.J. VIALA	Médecine générale
P. VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie

MM. J.A. BERTRAND	Chimie biologique
G. MARET	Chirurgie générale
J. VIALIER-RAYNARD	Bactériologie
L.C. CHOLLAT	Electro-radiologie
J. FLEURETTE	Bactériologie
R. FLANDROIS	Physiologie
P. MOREL	Hématologie
H. TERMET	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
A. FREDERICH	Pharmacologie
M. DAUDET	Chirurgie infantile
J. BRUNE	Médecine générale et Thérapeutique
R. LOMBARD-PLATET	Chirurgie générale
M. BOUVIER	Rhumatologie
F. FREYCON	Pédiatrie
C. LAPRAS	Neuro-chirurgie
M. PELLET	Physiologie
J. DUQUESNEL	Electro-Radiologie
H. DEJOUR	Orthopédie et Traumatologie
G. MOULIN	Dermato-Vénérologie
M. PERRIN-FAYOLLE	Pneumo-phtisiologie
P. PALIARD	Médecine générale et Thérapeutique
A. MORGON	Oto-Rhino-Laryngologie
M. PAUPERT-RAVAULT	Ophthalmologie
J. MOTIN	Anesthésiologie
J. PASQUIER	Médecine générale et Thérapeutique
J.L. VAUZELLE	Anatomie pathologique
J.C. CZYBA	Histologie et Embryologie
M. CABANAC	Physiologie
R. TOURAINE	Pneumo-phtisiologie
A. BEL	Médecine générale et Thérapeutique
F. CHARVET	Gynécologie - Obstétrique
M. MAYER	Cancérologie
G. BRAILLON	Anatomie et Chirurgie générale
H. VILLIERS	Chirurgie générale
P. LOUISOT	Chimie biologique et Chimie des Explorations fonctionnelles
J. COURJON	Neuro-psychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

MM. J. FAVRE-GILLY	Hématologie
G. RIFFAT	Hygiène
M. ROLLET	Pharmacie galénique
C. BIZOLLON	Physique

AGREGES EN EXERCICE

MM. A. NOTTER	Gynécologie obstétricale
M. DUMONT	Obstétrique
B. SCHOTT	Neuro-psychiatrie
M. DEVIC	Médecine générale
R. HUGONNIER	Ophtalmologie
G. ALLEGRE	Neuro-chirurgie
A. GARDE	Médecine générale
R. FAYASSE	Orthopédie
J. GAILLARD	Oto-Thino-Laryngologie
A. PERRIN	Médecine générale
J. NORMAND	Médecine générale
A. MOUNIER-KUHN	Chirurgie générale
J. L. CHASSARD	Electro-radiologie
R. GARMIER	Obstétrique
P. DUMAS	Stomatologie
J. SCHNEPP	Orthopédie
G. NOEL	Médecine générale

Examineurs de la Thèse :

- Président : M. le Professeur M. GIRARD
- Assesseurs : MM. M. VACHON
M. BEL
M. PASQUIER

A MA GRAND-MERE

A MES PARENTS

En témoignage de toute mon affection
et de ma grande reconnaissance

A MES SOEURS

A - MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. G I R A R D

Nous avons été externe dans son service et durant ces six mois, nous avons apprécié tout autant ses qualités humaines de simplicité et de bienveillance que ses qualités médicales de clinicien et d'enseignant.

Nous le remercions et nous le prions de bien vouloir trouver ici le témoignage de notre grande admiration.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur A. VACHON

Nous le remercions d'avoir bien voulu être notre juge.
Nous regrettons de n'avoir pas été externe dans son
Service. Néanmoins, nous nous sommes souvent
inspirés des travaux faits dans son service ; il a été de
ce fait un guide précieux dans l'élaboration de cette
thèse.
Nous le prions de recevoir notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé A. BEL

Nous avons eu la joie de profiter de la clarté de son enseignement au lit du malade. Par son enthousiasme, sa simplicité et son dévouement plein de délicatesse, il nous a laissé un souvenir profond dont nous le remercions.

Monsieur le Professeur Agrégé PASQUIER

Il a bien voulu être notre juge et nous le prions de trouver ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur FRAISSE

C'est lui qui nous a inspiré ce travail au terme de six mois d'Internat dans son service. Il nous a guidés constamment avec une grande bonté. Il nous a impressionnés par la rigueur de son esprit scientifique et nous sommes fiers de lui dédier ce travail. En le remerciant nous le prions de croire à notre admiration et à notre profonde reconnaissance.

E X T E R N A T

Monsieur le Docteur NAUSSAC

Monsieur le Professeur DARGENT

Monsieur le Professeur LACROIX

Monsieur le Professeur THIVOLET

Monsieur le Professeur FRANCOIS

Monsieur le Professeur M. GIRARD

I N T E R N A T provisoire

Monsieur le Docteur HERMIER

Monsieur le Docteur FRAISSE

Monsieur le Docteur DUVERNE

A nos conférenciers d'Externat et d'Internat

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES D'ORIGINE
ULCEREUSE A PROPOS D'UNE STATISTIQUE DE 123 CAS
SUR UN TOTAL DE 473 ULCERES GASTRO-DUODENaux

Service de gastro-entérologie du Docteur FRAISSE
Hôpital de SAINT - ETIENNE

Nous avons réuni dans cette étude l'ensemble des hémorragies d'origine ulcéreuse, observées en 12 ans dans le service de gastro-entérologie du Docteur FRAISSE.

Le but essentiel que nous nous étions proposé était surtout d'envisager le pronostic immédiat de ces hémorragies et d'apprécier la validité de l'attitude médico-chirurgicale de principe que nous avons adoptée au départ.

Nous avons profité de ce travail pour réunir également des documents statistiques concernant les conditions étiologiques et cliniques de ces hémorragies. Ceci nous a amené à établir un parallèle entre ulcère hémorragique et ulcère gastro-duodénal observés pendant la même période à l'hôpital et dans la clientèle privée du Docteur FRAISSE.

L'incorporation de ce dernier groupe de malades permet en effet d'avoir une vision des faits plus conforme de la réalité.

Nous n'avons malheureusement retrouvé que 88 dossiers de clientèle privée, ce qui ne représente qu'un pourcentage peu important de l'ensemble de nos ulcéreux, un peu moins de 1/5 des cas.

/ I - CONSIDERATIONS STATISTIQUES SUR LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES D'ORIGINE ULCÉREUSE /

1°/ FREQUENCE

Sur 473 ulcéreux, 123 ont présenté une hémorragie digestive ayant motivé une hospitalisation. Le risque hémorragique dans l'ulcère gastro-gastro-duodénal apparaît ainsi dans notre statistique de 28,12 %.

Les documents, tant étrangers que français, que nous avons pu consulter font état de chiffres généralement moins élevés, à l'exception du travail de M. LEVRAT (thèse de MARTIN 1960) qui indique un pourcentage remarquablement voisin de celui du nôtre.

A.C. IVY	1949	25 %
M. GIRARD	1950	10 %
LAMBLING	1956	15,6
B. WISSMER	1959	13 %
M. VACHON	1966	19,6
M. LEVRAT	1960	28 %
(Thèse de MARTIN)		
Nous-mêmes	1967	28,12

Ainsi le risque hémorragique dans l'ulcère gastroduodénal nous apparaît considérable dépassant 1/4 des cas.

La comparaison de la fréquence des hémorragies digestives d'origine ulcéreuse (H.D.O.U.) par rapport à celle de l'ensemble des hémorragies digestives est intéressante à étudier dans une statistique hospitalière. Sur 505 hémorragies digestives observées dans le service en 12 ans, les hémorragies ulcéreuses représentent 24,3 %, soit environ 1/4 des cas. C'est un pourcentage très voisin qui est généralement donné dans les travaux français.

IVY	1949	4 164	71,7 %
GIRARD et PLAUCHU	1958	400	28,5 %
VACHON et JUVANON	1959	204	22,5 %
Nous-mêmes	1967	505	24,3 %

2°/ INCIDENCE DU SEXE

Sur 123 H.D.O.U il s'agit dans :

84 cas d'hommes (68,30 %)

et

39 cas de femmes (31,7 %)

La proportion est donc évidemment bien plus grande chez l'homme que chez la femme, mais si l'on tient compte de la fréquence relative de l'ulcère selon le sexe (dans notre statistique : hommes 75,48 % Femmes 24,52 %), le risque hémorragique apparaît plus fréquent chez la femme : 33,62 % que chez l'homme 23,53 %.

En conclusion, le risque hémorragique est plus élevé chez la femme, atteignant 1/3 environ des cas, alors qu'il représente chez l'homme un peu moins d'un quart des cas.

Ici encore nos chiffres sont remarquablement concordants avec ceux fournis par M. LEVRAT dans la thèse de MARTIN.

	Hémorragies	Hommes %	Femmes %
IVY	89	20	20,4
LAMBLING	255	13,7	21,7
LEVRAT et MARTIN	500	26,5	33,4
VACHON et VENET	200	17,6	29
Nous-mêmes	123	23,53	33,62

3° / INCIDENCE DE L'AGE

En raison de certaines imprécisions d'âge, nous avons ramené le chiffre des ulcères hémorragiques à 117 et l'ensemble des ulcères à 467.

L'incidence de l'âge apparaît dans les deux tableaux suivants.

Répartition des ulcères en général et des ulcères hémorragiques en fonction de l'âge :

	ENSEMBLE des ULCERES		ULCERES	HEMORRAGIQUES
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
10 à 19	10	2,14	1	0,85
20 à 29	67	14,34	8	6,83
30 à 39	122	26,12	13	11,11
40 à 49	81	17,34	16	13,67
50 à 59	92	19,70	25	21,36
60 à 69	55	11,77	29	24,78
70 à 79	36	7,71	23	19,71
80 à 89	4	0,88	2	1,70
90 à 99	0	0	0	0

RISQUE HEMORRAGIQUE EN FONCTION DE L'AGE

	ENSEMBLE des ULCERES	HEMORRAGIE	POURCENTAGE
10 à 19	10	1	10
20 à 29	67	8	11,90
30 à 39	122	13	10,65
40 à 49	81	16	19,75
50 à 59	92	25	27,17
60 à 69	55	29	52,72
70 et plus	40	25	62,5

Ainsi donc la grande majorité des H.D.O.U. concerne des sujets ayant dépassé la quarantaine (81,2 %). Le risque hémorragique est, passé la quarantaine, nettement plus élevé avec, dans notre statistique, un maximum très net concernant la tranche de l'âge entre 60 et 80 ans où il atteint le chiffre considérable de 56,8 %.

Ces faits concordent avec les autres statistiques.

4°/ INCIDENCE DE LA TOPOGRAPHIE DE L'ULCERE

Pour 120 cas où la localisation précise de l'ulcère a pu être apportée, nous obtenons les chiffres suivants :

Fréquence des hémorragies en fonction de la topographie de l'ulcère

Nombre total d'Hémorragies	ULCERE GASTRIQUE		ULCERE DUODENAL		ULCERES ASSOCIES	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
120	61	50,84	51	42,50	8	6,66

Fréquence des ulcères en fonction de la topographie

Nombre total d'ulcères	ULCERE GASTRIQUE		ULCERE DUODENAL		ULCERES ASSOCIES	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
470	162	34,47	276	58,71	32	6,82

Risque hémorragique en fonction du siège

ULCERES GASTRIQUES TOTAUX	HEMORRAGIE	POURCENTAGE
162	61	37,6

ULCERES DUODENaux TOTAUX	HEMORRAGIE	POURCENTAGE
276	51	18,5

Le pourcentage des H.D.O.U. est donc un peu plus élevé pour les ulcères gastriques que pour les ulcères duodénaux (50,84 % contre 42,50 %) et surtout le risque hémorragique apparaît dans l'ulcère gastrique nettement plus élevé : approximativement le double de ce qu'il est dans l'ulcère duodénal (37,60 % contre 18,5 %).

Cette prédominance du riche hémorragique dans l'ulcère gastrique n'est pas habituellement notée dans les travaux antérieurs.

Risque hémorragique en fonction du siège gastrique ou duodénal de l'ulcère

	Hémorragies	Ulcères gastriques	Ulcères duodénaux
IVY 1950	218	23,7	19,1
WISSMER 1959		14,9	10,5
LEVRAT et MARTIN 1960	500	28,7	26,4
VACHON et VENET 1966	200	21,4	18,5
Statistique personnelle ..	120	37,5	18,5

5°/ INCIDENCE DE L'AGE ET DU SEXE DU MALADE

Cette étude portant sur 117 cas d'hémorragies ulcéreuses, est exprimée dans les deux tableaux suivants :

	HOMMES		FEMMES		TOTALITE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
10 à 19	0	0	1	0,85	1	0,85
20 à 29	7	5,98	1	0,85	8	6,83
30 à 39	10	8,54	3	2,56	13	11,11
40 à 49	14	12,05	2	1,70	16	13,67
50 à 59	18	15,38	7	5,98	25	21,36
60 à 69	18	15,38	11	9,40	29	24,78
70 à 79	10	8,54	13	11,11	23	19,71
80 à 89	2	1,70	0	0	2	1,70
90 à 99	0	0	0	0	0	0
TOTALITE	79	67,56	38	32,47	117	100

Répartition des ulcères en fonction de l'âge et du sexe

A G E	H O M M E S					F E M M E S				
	Ensemble des ulcères		Ulcères hémorragiques		% relatif	Ensemble des ulcères		Ulcères hémorragiques		% relatif
	Nombre	%	Nombre	%		Nombre	%	Nombre	%	
10 à 19	7	1,97	0	0	0	3	2,60	1	2,63	33,33
20 à 29	56	15,93	7	8,87	12,35	11	9,67	1	2,63	9,09
30 à 39	107	30,39	10	12,65	9,33	15	13,04	3	7,89	20
40 à 49	60	17,04	14	17,72	23,33	21	18,26	2	5,26	9,52
50 à 59	69	19,63	18	22,79	28,9	23	20,00	7	18,42	30,43
60 à 69	34	9,65	18	22,79	52,9	21	17,30	11	28,95	52,38
70 à 79	16	4,54	10	12,65	62,5	20	18,26	13	34,22	65
80 à 89	3	0,85	2	2,53	66,66	1	0,87	0	0	0
	352	100	79	100		115	100		100	

Les hémorragies digestives d'origine ulcéreuse s'observent surtout après 40 ans aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Le risque hémorragique est, après cet âge, plus élevé avec un risque maximum entre 70 et 80 ans où il atteint respectivement 62,5 % chez l'homme et 65 % chez la femme.

Ces résultats concordent avec ceux qui sont cités dans la thèse de D. VENET : 48 % chez l'homme et 45,4 % chez la femme pour la même décade d'âge.

6° / L'INCIDENCE DU SEXE ET DU SIEGE DE L'ULCERE EST ETUDIEE DANS LES TABLEAUX SUIVANTS A PROPOS DE 120 OBSERVATIONS D'H.D.O.U.

Fréquence des hémorragies en fonction du sexe et de la topographie de l'ulcère

Hémorragies	Ulcère gastrique	%	Ulcère gastrique	%	Ulcère duodénal	%	Ulcère duodénal	%
	HOMMES		FEMMES		HOMMES		FEMMES	
120	35	29,17	26	21,66	39	32,50	12	10
Hémorragies MIXTES gast. et duod.	HOMMES	%	FEMMES	%				
	7	5,83	1	0,83				

Fréquence des ulcères en fonction du sexe et de la topographie
de l'ulcère

Ulcères totaux	Ulcère gastrique	Ulcère gastrique	Ulcère duodénal	Ulcère duodénal	Ulcère mixte	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
470	101	55	225	55	28	6

Risque hémorragique en fonction du sexe et de la topographie de l'ulcère :

<u>HOMMES</u>	{	35 hémorragies sur 101 ulcères gastriques soit	34,65 %
	{	39 hémorragies sur 225 ulcères duodénaux soit	17,33 %
<u>FEMMES</u>	{	26 hémorragies sur 55 ulcères gastriques soit	47,27 %
	{	12 hémorragies sur 55 ulcères duodénaux soit	21,81 %

ULCERES GASTRIQUES %		ULCERES DUODENaux %	
H o m m e s	F e m m e s	H o m m e s	F e m m e s
34,65	47,27	17,33	21,81

Dans notre expérience, il apparaît ainsi que le risque est maximum dans l'ulcère gastrique de la femme : 47,27 % puis dans l'ulcère gastrique de l'homme : 34,65 %, puis dans l'ulcère duodénal de la femme 21,8 %, puis dans l'ulcère duodénal de l'homme 17,33 %.

Nous retrouvons donc les deux notions déjà données de risque hémorragique plus élevé chez la femme que chez l'homme, et dans l'ulcère gastrique que dans l'ulcère duodénal.

A titre comparatif, nous indiquons dans le tableau suivant les données statistiques correspondantes des différents auteurs :

	Hémorragies	Ulcère gastrique		Ulcère duodénal	
		HOMMES %	FEMMES %	HOMMES %	FEMMES %
IVY 1950	89	28	32	20	21
GIRARD et RESILLOT 1950	97	12	7	7	12
LAMBLING 1956	292	13,7	21,7	12,5	19,3
WISSMER 1959	252	13,9	16,6	10,3	11,2
LEVRAT et MARTIN 1960	500	27,6	31,5	25,7	31,3
VACHON et VENET 1966	200	20	26	15,9	34,5
Nous-mêmes 1967	123	34,65	47,27	17,33	21,81

De façon plus précise, nous avons étudié dans un 1er tableau les localisations des ulcères hémorragiques en fonction du sexe et de la topographie de l'ulcère et nous avons comparé dans un second tableau ces données avec celles qui concernent l'ensemble des ulcères.

Localisation des ulcères hémorragiques en fonction du sexe et de la topographie

	HOMMES		FEMMES		TOTALITE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<u>ULCERES GASTRIQUES</u>	35	29,17	26	21,66	61	50,84
- Petite courbure soit	19	15,83	17	14,16	36	30,00
- P.C. verticale	15	12,50	14	11,66	29	24,17
- P.C. horizontale	4	3,33	3	2,50	7	5,83
- Grande courbure	1	0,83	0	0	1	0,83
- Canal pylorique	2	1,66	2	1,66	4	3,33
- face postérieure	2	1,66	1	0,83	3	2,50
- sous-cardiaque	1	0,83	0	0	1	0,83
- angulus	9	7,50	4	3,33	13	10,84
- ulcère double	0	0	2	1,66	2	1,66
- ulcère triple	1	0,83	0	0	1	0,83
<u>ULCERES DUODENaux</u>	39	32,50	12	10	51	42,50
- bulbe	30	25,00	12	10	42	35,00
- post-bulbaire	4	3,33	0	0	4	3,33
- double	5	4,17	0	0	5	4,17
<u>ULCERES ASSOCIES</u>	7	5,83	1	0,83	8	6,66
- double	5	4,17	1	0,83	6	5,00
- multiples	2	1,66	0	0	2	1,66
<u>TOTALITE</u>	81	67,50	39	32,50	120	100

Sur 120 ulcères hémorragiques, la localisation duodénale est plus fréquente chez l'homme que la localisation gastrique. L'inverse est constaté chez la femme.

Dans la localisation gastrique, l'ulcère de la petite courbure verticale saigne dans les deux sexes avec une très grande fréquence.

Dans la localisation duodénale, les hémorragies ulcéreuses sont surtout d'origine bulbaire.

	ENSEMBLE des ULCERES		ULCERES HEMORRAGIQUES	
	Nombre	%	Nombre	%
<u>ULCERES GASTRIQUES</u>	162	34,46	61	50,84
- Petite courbure	100	21,27	36	30
- P. C. verticale	60	12,76	29	24,17
- P. C. horizontale	40	8,51	7	5,83
- Grande courbure	2	0,43	1	0,83
- Canal pylorique	9	1,92	4	3,33
- face postérieure	4	0,85	3	2,50
- sous-cardiaque	3	0,63	1	0,83
- angulus	35	7,44	13	10,84
- double	7	1,49	2	1,66
- triple	2	0,43	1	0,83
<u>ULCERES DUODENAUX</u>	276	58,73	51	42,50
- bulbe	257	54,68	42	35
- post-bulbaire	10	2,13	4	3,33
- double	9	1,92	5	4,17
<u>ULCERES ASSOCIES</u>	32	6,81	8	6,66
- double	28	5,96	6	5
- multiples	4	0,85	2	1,66
<u>TOTAL</u>	470	100	120	100

Deux points nous paraissent essentiellement à souligner à l'allure de ces derniers chiffres :

- En ce qui concerne les ulcères post-bulbaires, nous retrouvons la notion classique d'un risque hémorragique considérable (4 cas sur 10) soit 40 % . Le pourcentage cité par M. LEVRAT et F. MARTIN est encore plus élevé : 49, 2 %.

- Il en est de même dans la catégorie des ulcères à localisations multiples :

Sur 9	ulcères multiples de l'estomac,	3 hémorragies digestives	33,3 %
Sur 9	ulcères multiples du duodénum,	5 hémorragies digestives	55,5 %
Sur 32	ulcères multiples associés,	8 hémorragies digestives	23,7 %

G. MESTRALLET rapporte des pourcentages plus élevés encore :

51,6 % pour les localisations gastriques multiples

47,8 % pour les localisations duodénales multiples

34 % pour les localisations associées

7°/ INCIDENCE DE CERTAINS FACTEURS

Nous savons que certains facteurs jouent un rôle dans le déclenchement de l'hémorragie ulcéreuse tels l'hérédité, la notion raciale, l'alcoolisme, certains médicaments, la périodicité saisonnière.

Il nous paraît intéressant d'apprécier l'importance de ces facteurs respectifs malgré les difficultés de cette étude qui se heurte à l'imprécision des données de l'interrogatoire.

- INCIDENCE DE L'HEREDITE

En ce qui concerne l'hérédité ulcéreuse, celle-ci est notée dans nos observations d'ulcères hémorragiques dans 9,75 % des cas (12 sur 123 observations, soit un peu moins de 10 % des cas). C'est un chiffre très voisin que nous obtenons sur l'ensemble de nos ulcères (10,15 % : 48 sur 473). Si l'on envisage le point essentiel du risque hémorragique, celui-ci n'apparaît pas plus élevé dans les formes à hérédité ulcéreuse connue (25 contre 28,12 % pour l'ensemble de notre statistique).

Nous donnons à titre comparatif les chiffres suivants :

	ULCERES		HEMORRAGIES	
	Nombre	%	Nombre	%
M. LEVRAT 1949	290	10,6		
M. LEVRAT et MARTIN .. 1960			500	14,2
M. VACHON 1966	1019	7,9	200	6,5
Nous-mêmes 1967	473	10,15	123	9,75

Nos 12 observations concernent :

SEXE 3 femmes (25 %) et 9 hommes (75 %)

SIEGE 6 fois la localisation est gastrique dont 1 double localisation
6 fois la localisation est duodénale dont 1 double localisation

AGE 4 fois les malades ont saigné entre 20 et 40 ans

7 fois les malades ont saigné entre 40 et 60 ans

1 fois les malades ont saigné après 60 ans

GRAVITE 3 fois l'hémorragie est grave (16,6 % contre 40 % pour l'ensemble des ulcères)

1 fois on note dans les antécédents personnels d'autres hémorragies

Les antécédents familiaux sont retrouvés :

5 fois chez les parents

5 fois chez les frères et soeurs et il est intéressant de noter un
ulcère du bulbe duodénal chez des jumeaux

2 fois chez les parents éloignés

1 fois les antécédents sont retrouvés chez plusieurs membres de la famille.

Nous constatons comme D. VENET dans la thèse inspirée par M. VACHON que la notion d'hérédité ulcéreuse n'augmente ni le risque hémorragique, ni la gravité de l'hémorragie (la proportion d'hémorragies graves est même nettement plus faible que dans l'ensemble des ulcères : 16,6 % contre 40 %).

- INCIDENCE RACIALE

En dehors des français, le seul groupe national représentant une certaine importance numérique dans notre statistique est celui des Nord-Africains musulmans : sur 473 observations d'ulcères, 44 concernent des Nord-Africains. Le risque hémorragique dans ce groupe apparaît de 9 % contre 28, 12 % pour l'ensemble des ulcères ; une fois de plus, ce chiffre est très voisin de celui fourni par :

- M. LEVRAT dans la thèse de F. MARTIN : 8,8 %

- M. VACHON dans la thèse de D. VENET indiquant un chiffre nettement plus élevé de 17,1 %.

Ces 4 observations concernent 1 femme et 3 hommes.

- 3 fois le siège est duodénal et une fois gastrique double
- 2 sujets ont moins de 40 ans
- la notion d'alcoolisme n'est pas retrouvée

Le risque hémorragique dans l'ulcère des Musulmans Nord-Africains apparaît réduit dans notre statistique :

9 % contre 28,12 %

Nous ne pouvons pas donner de cause précise à cette diminution du risque hémorragique. Cependant, l'absence habituelle d'alcoolisme n'y est probablement pas étrangère.

- INCIDENCE DE L'ALCCOLISME

L'incidence de l'alcoolisme dans les H.D.O.U. a été étudiée par M. LEVRAT dans la thèse de Madame PASQUIER. Sa grande importance est expressément notée par ces auteurs. Sur 123 observations, on trouve 41 éthyliques certains, sur lesquels 25 fois il s'agissait d'éthylisme sans atteinte hépatique (l'éthylisme étant affirmé sur la notion d'ingestion habituelle de vin, supérieure à 2 litres ; notion évidemment toujours sujette à erreur) ; 16 fois il existait une atteinte hépatique avec dans 5 cas, cirrhose probable sur les données cliniques et biologiques, et dans 11 cas cirrhose certaine affirmée par les données de la ponction-biopsie ou la biopsie chirurgicale.

33,3 % soit exactement le tiers de nos H.D.O.U. concernaient des éthyliques et, sur ces 33,3 %, 13 % étaient porteurs d'une cirrhose très probable ou certaine.

L'étude de ces 41 observations a montré que :

AGE	3	malades ont entre 20 et 40 ans	
	18	malades ont entre 40 et 60 ans	
	20	malades ont plus de 60 ans	
SEXE	32	sont de sexe masculin (sur 84 hommes)	38 %
	9	sont des femmes (sur 39)	23 %
SIEGE	12	ulcères sont duodénaux (sur 51)	
	24	ulcères sont gastriques (sur 61)	
	3	ulcères sont mixtes	
	2	sont des ulcères peptiques	

Caractères des Hémorragies 21 sont des hémorragies graves sur 44 hémorragies graves 47,7 %

Le pourcentage global d'hémorragies graves est de 40 %

10 sont de gravité moyenne

9 sont minimales

6 sont mortels

Dans 9 cas sur 32 (28,1 %) on retrouve dans les antécédents personnels, d'autres hémorragies ulcéreuses.

Le pourcentage y est plus élevé chez les malades alcooliques 28,1 % contre 26 %.

Notre statistique confirme la notion classique que l'alcoolisme augmente de façon certaine le risque hémorragique de l'ulcère (33,3 % contre 28,12 %), la gravité des hémorragies (47,7 % contre 40 %) et leur caractère récidivant (28,1 % contre 26 %).

- INCIDENCE DES MEDICATIONS DECLENCHANTES

Le rôle déclenchant de certaines médications dans les H.D.O.U est une notion bien classique, en particulier depuis les travaux français de M. LEVRAT, l'Aspirine étant considéré parmi celles-ci comme le chef de file.

Notre statistique confirme tout-à-fait ces notions :

Sur 123 observations, nous trouvons dans 21 cas un facteur médicamenteux soit 17,5 %. L'Aspirine est le plus souvent en cause (14 cas sur 21). Etant entendu que nous n'avons retenu son rôle que dans les cas où le produit avait été pris dans les 24 ou 48 heures précédant l'extorisation de l'hémorragie, ceci d'ailleurs quelle que soit l'importance de la prise.

Le rôle des autres médicaments apparaît relativement faible :

- corticoïdes..... 2 cas
- dérivés du Rauwolfia 3 cas (dont 1 cas d'association Rauwolfia + Aspirine)
- anticoagulants 1 cas

Sur 21 observations :

SEXE : 11 fois, il s'agit d'un Homme sur 84 Hommes : 52,3 %
10 fois, il s'agit d'une Femme sur 39 Femmes : 47,6 %

SIEGE : 13 fois, l'ulcère est gastrique, 1 fois il est double et 1 fois situé sur la grande courbure
8 fois, il est duodénal

Caractères
des
Hémorragies

5 fois sur 21, l'hémorragie est grave (23,8 %) : 44 hémorragies graves sur 110 : 40 % dans la statistique générale

Sur ces 5 cas, nous notons 1 décès et 1 intervention chirurgicale d'urgence

13 fois l'hémorragie est moyenne

3 fois l'hémorragie est minime

6 fois l'hémorragie est inaugurale et

5 fois l'hémorragie est récidivante

La notion d'éthylisme est retrouvée dans 5 observations.

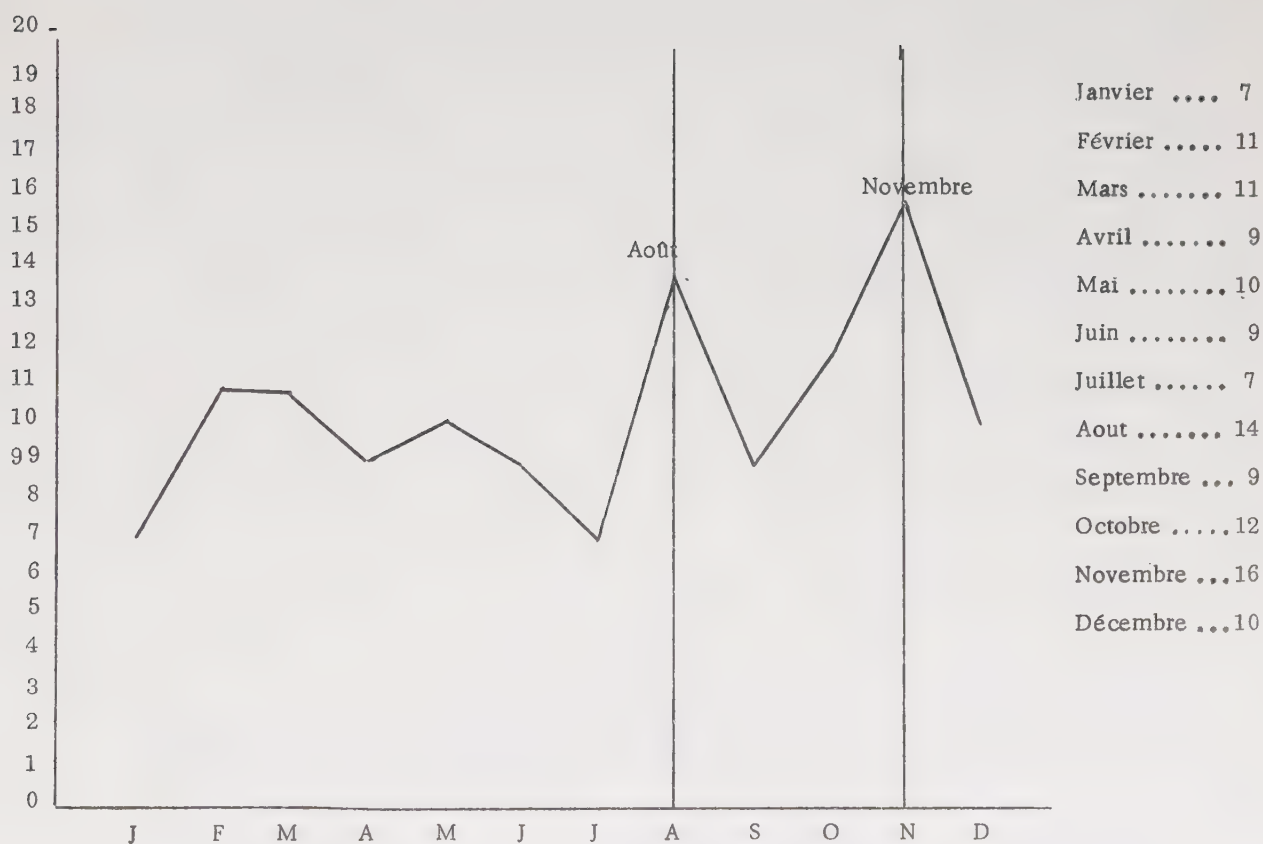
Ainsi le rôle déclenchant de certains médicaments est signalé dans 1/6 des cas. Un point important est parfois controversé : celui de la possible gravité des hémorragies digestives d'origine médicamenteuse et en particulier celle de l'Aspirine. La proportion d'hémorragies graves dans cette éventualité nous est apparue réduite par rapport à la proportion générale mais non négligeable (environ 25 % contre 40 %).

- INCIDENCES SAISONNIERES

Les influences saisonnières dans le déclenchement des H.D.O.U. ont été évoquées par différents auteurs : M. LEVRAT dans la thèse de MARTIN note une recrudescence durant les mois d'hiver. La courbe de répartition présente en effet deux sommets : la première courbe de OCTOBRE à MARS, la deuxième moins accusée recouvrant les trois mois chauds de JUIN à AOUT.

Pour ces auteurs, la comparaison avec la courbe de répartition mensuelle des hémorragies déclenchées par l'Aspirine révèle un certain parallélisme et il n'est pas impossible que la plus grande consommation d'Aspirine durant les mois froids soit responsable de la recrudescence des H.D.O.U. en période hivernale. M. VACHON et D. VENET signalent une recrudescence des hémorragies ulcéreuses pendant 2 mois d'hiver : Décembre et janvier.

La répartition dans nos cas se fait selon la courbe suivante.



Cette courbe n'objective pas d'influence saisonnière manifeste.

Nous avons 2 petits clochers en AOÛT et surtout en NOVEMBRE.

Le seul point que nous pouvons souligner est donc que le maximum de fréquence se situe en NOVEMBRE, c'est-à-dire durant un des mois froids.

II -

/II - CONSIDERATIONS CLINIQUES SUR LES H.D.O.U./

1°/ GRAVITE DE L'HEMORRAGIE

Nous avons tenté de classer nos H.D.O.U. selon leur gravité. Les critères adoptés en cette matière sont toujours sujets à fortes critiques : S'il est en effet facile de classer un cas dans le cadre des hémorragies bénignes, la différenciation entre hémorragie moyenne et hémorragie grave rest un peu subjective. Nous avons retenu comme hémorragie grave, les spoliations sanguines s'accompagnant d'un tableau de collapsus hémorragique avec chute tensionnelle au-dessous de 10, d'une anémie inférieure à 2 500 000 globules rouges et nécessitant plusieurs transfusions. Nous avons considéré comme hémorragies moyennes celles où le syndrome de choc est moins sévère : où l'anémie s'inscrit entre 2 500 000 et 4 000 000, là encore nécessité de transfusions. Les hémorragies minimales se définissent elles-mêmes : chiffre globulaire supérieur à 4 000 000, pas de nécessité impérieuse de transfusions.

Notre relevé fait ressortir la proportion importante d'hémorragies graves et moyennes : sur 110 cas où la gravité a pu être appréciée sur les critères précédents, nous trouvons en effet :

- 44 hémorragies graves (40 %)
- 41 hémorragies moyennes (37,2 %)
- 25 hémorragies minimales (22,7 %)

Nous n'avons pas trouvé de différences notables entre hématémèse et méloéna et si la proportion des hématémèses est un peu plus importante dans les hémorragies graves, celle des méloénas l'est pour les hémorragies moyennes.

	HEMATEMESE + MELOENA		MELOENA	
	Nombre	%	Nombre	%
Hémorragies graves	31	43	13	34,21
Hémorragies moyennes	24	33,33	17	44,74
Hémorragies minimales	17	23,67	8	21,05
TOTAL	72	100	38	100

Voici quelques chiffres donnés par d'autres auteurs :

	HEMORRAGIES GRAVES		%
	HEMORRAGIES GRAVES	HEMORRAGIES GRAVES	
IVY 1950	2 526	35,6	
LAMBLING 1957	254	20,8	
PALUMBO 1965	715	40,5	
VACHON 1966	200	24,5	
Nous-mêmes ... 1967	123	40	

L'incidence du sexe et de l'âge sur la gravité des H.D.O. U est étudiée dans le tableau suivant :

	Hémorragie grave		Hémorragie moyenne		Hémorragie minime	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
10 à 19	0	1	0	0	0	0
20 à 29	1	0	5	1	1	0
30 à 39	7	0	1	2	2	1
40 à 49	5	0	4	1	5	1
50 à 59	9	2	4	5	5	0
60 à 69	8	7	7	4	3	0
70 à 79	4	4	2	4	4	5
80 à 89	0	0	1	0	1	0
90 à 99	0	0	0	0	0	0
TOTALITE	34	14	24	17	21	7

Il apparaît ainsi que sur 38 femmes, 14 ont présenté des hémorragies graves : soit 36,8 % alors que sur 79 hommes 34 ont eu des hémorragies graves, soit 43 %.

D'autre part, en ce qui concerne l'âge :

- avant 40 ans : 8 sur 22 hémorragies graves soit 36,3 %
- après 40 ans : 39 sur 95 hémorragies graves soit 41 %

Le risque d'hémorragie grave apparaît ainsi un peu plus important chez l'homme que chez la femme, un peu plus important aussi mais pas très nettement après la quarantaine.

L'incidence du siège est étudiée dans le tableau suivant :

	HEMORRAGIE		
	grave	moyenne	minime
<u>ULCERES GASTRIQUES</u>	22	19	13
- petite courbure	12	11	8
- grande courbure	0	1	0
- canal pylorique	1	2	1
- face postérieure	2	0	1
- sous- cardiaque	0	1	0
- angulus	4	4	3
- double	2	0	0
- triple	1	0	0
<u>ULCERES DUODENaux</u>	19	20	10
- bulbe	15	16	9
- post-bulbaire	2	2	0
- double	2	2	0
<u>ULCERES ASSOCIES</u>	3	2	2
<u>TOTAL : 110</u>	44	41	25

22 hémorragies graves pour la localisation gastrique sur 54 ulcères gastriques hémorragiques :
40,7 %

19 hémorragies graves pour la localisation duodénale sur 49 ulcères duodénaux hémorragiques :
38,7 %

13 hémorragies minimes pour la localisation gastrique sur 54 ulcères gastriques hémorragiques :
24 %

10 hémorragies minimes pour la localisation duodénale sur 49 ulcères duodénaux hémorragiques :
20,4 %

Il apparaît ainsi que la proportion d'hémorragies graves est sensiblement la même pour l'ulcère gastrique (40,7 %) que pour l'ulcère duodéal (38,7 %).

2°/ PLACE DE L'HEMORRAGIE DANS LA MALADIE ULCEREUSE

Nous avons tout d'abord cherché à apprécier, avec autant de rigueur que possible, la date de l'hémorragie par rapport aux premières manifestations de l'ulcère, compte tenu du fait qu'il n'est pas toujours aisé de rapporter à un ulcère déjà évolutif telle ou telle manifestation dyspeptique antécédente.

Les données ont été rassemblées dans le tableau ci-dessous :

	Nombre	%
Hémorragie inaugurale	40	33,33
1ère année	34	28,34
2ème année	8	6,66
3ème à 5ème année	8	6,66
5ème à 10ème année	12	10
10ème à 20ème année	10	8,34
20ème à 30ème année	2	1,67
30ème à 40ème année	2	1,67
40ème à 50ème année	4	3,33

Il apparaît que l'H.D.O.U. représente en général, ainsi que M. LEVRAT et M. VACHON l'avaient déjà souligné antérieurement à LYON, un accident précoce de la maladie ulcéreuse : 33,33 % soit 1/3 exactement des H.D.O.U. ayant été inaugurales, 28,34 % étant survenues par ailleurs dans la première année, soit au total 61,6 % durant l'année d'apparition des premiers symptômes. La proportion d'hémorragies inaugurales que nous avons notée apparaît d'ailleurs nettement plus élevée que celle des statistiques antérieures :

IVY	1950	16,2 %	d'hémorragies inaugurales
LAMBLING	1956	22,4 %	d'hémorragies inaugurales
HILLEMAND.....	1959	28 %	d'hémorragies inaugurales
M. LEVRAT	1960	18,2 %	d'hémorragies inaugurales
M. VACHON	1966	22 %	d'hémorragies inaugurales
Nous-mêmes	1967	33,3 %	d'hémorragies inaugurales

C'est également à ce stade : hémorragie initiale et hémorragie de la première année que s'est observée la plus forte proportion d'hémorragies graves, ainsi qu'il ressort dans le tableau suivant :

	H E M O R R A G I E S		
	graves	moyennes	minimes
Inaugurales	9	14	3
1 ^{ère} année	13	8	8
2 ^{ème} année	3	3	1
3 ^{ème} à 5 ^{ème} année	6	7	2
5 ^{ème} à 10 ^{ème} année	5	4	5
10 à 20 ^{ème} année	2	2	1
20 à 30 ^{ème} année	3	1	2
30 à 40 ^{ème} année	0	1	2
40 à 50 ^{ème} année	3	1	1
TOTAL	44	41	25

Sur 44 hémorragies graves, 22 -soit exactement 50 %- sont survenues moins d'un an après l'apparition des premiers symptômes.

3°// HEMORRAGIE DIGESTIVE D'ORIGINE ULCEREUSE RECIDIVANTE

33 sur 123 de nos H.D.O.U. soit 26,8 %, c'est-à-dire un peu plus du quart ont présenté des hémorragies récidivantes.

Le risque de telle évolution apparaît un peu supérieur chez l'homme (23 sur 84)(soit 27,3 %) que chez la femme :(10 sur 39)(soit 23,6 %) . Le risque apparaît très supérieur après la quarantaine puisque 3 malades seulement ont entre 20 et 40 ans ; pour 16 entre 40 et 60 ans ; 14 de plus de 60 ans. Il est en outre nettement plus élevé dans l'ulcère gastrique (21 sur 61) (soit 31,3 %) que dans l'ulcère duodénal (11 sur 51) (soit 21,5 %), et paradoxalement minime dans les ulcères doubles : gastrique et duodénal : 1 cas sur 8 soit 12,5 %.

L'éthylisme représente une complication favorisante évidente. Nous retrouvons en effet 12 fois sur 33 (soit 36,3 % des cas) cette notion avec, pour 8 cas éthylisme sans atteinte hépatique ; pour 1 : cirrhose probable ; pour 3 : cirrhose certaine.

La plupart de nos malades n'ont eu qu'une récurrence : 21 sur 33, soit 63,6 %
6 ayant eu 2 récurrences
3 ayant eu 3 récurrences
4 ayant eu plus de 4 récurrences, parmi lesquels l'un présentait 9 H.D.O.U. (ceci sur un terrain cirrhotique).

Le caractère récidivant des H.D.O.U. représente un élément certain de gravité : la mortalité dans cette série est en effet de 6 sur 33, soit 18,1 % contre 12,2 % pour la statistique globale. Sur les 6 décès, 2 sont survenus après intervention chirurgicale et 4 après traitement médical. Fait à souligner, sur ces 4 derniers malades, 3 étaient des cirrhotiques certains.

Les faits les plus nets concernant les hémorragies récidivantes sont donc l'influence de l'âge (au-dessus de 40 ans) le rôle prédisposant de l'éthylisme et surtout la notion de sévérité particulière du pronostic sur ce terrain éthylique, en particulier lorsqu'il existe une cirrhose.

III - CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

Tous nos malades furent traités selon le même schéma thérapeutique, d'ailleurs fort classique : réanimation par transfusions à la demande, médications coagulantes à base de vitamine K I et Naphtionine, oxygénothérapie surtout chez les malades âgés dans le but de diminuer le risque d'accidents cérébraux ou myocardiques enfin, traitement anti-ulcéreux comportant toujours Atropine et Oxyferriscorbone injectables.

Nous n'avons pas l'expérience de la réfrigération gastrique, cette méthode ne pouvant pas être pratiquée dans notre centre hospitalier.

Le schéma thérapeutique fut mis en oeuvre toutes les fois qu'il s'agissait d'un ulcéreux connu, et aussi dans les cas où l'hémorragie digestive ne comportait pas une étiologie évidente : cirrhotique par exemple. Dans cette dernière éventualité et toutes les fois que cela fut possible, nous fîmes pratiquer des radiographies en urgence.

L'indication d'intervention d'urgence dans ces conditions fut posée, moins en fonction de l'importance de l'hémorragie que de sa persistance malgré la thérapeutique précédente. L'importance de l'hémorragie n'implique en effet que rarement par elle-même une indication chirurgicale d'emblée, sauf cas particuliers et rares d'hémorragies cataclysmiques survenant chez un ulcéreux connu, condition dans laquelle une ulcération artérielle pouvait être légitimement redoutée.

Plus souvent les malades opérés en urgence l'ont été devant la persistance de leur hémorragie. Celle-ci n'est d'ailleurs pas toujours facile à apprécier sauf en cas de nouvelle hématomèse. En cas de meloena, nous nous sommes basés moins sur la persistance de selles noires que sur les données fournies par l'allure clinique du malade, signe en définitive de la plus grande valeur, les courbes de tension artérielle et de pouls, les courbes d'hématocrite. Nous n'avons par contre pas tenu un compte rigoureux du nombre de jours écoulés depuis le début de l'hémorragie initiale et, selon le cas, l'intervention fut décidée avant ou après le cap classique du 3ème jour.

Dans un pourcentage important des cas enfin, nos malades furent opérés non en urgence immédiate mais en ce que certains auteurs appellent "l'urgence différée". Nous tenons à nous expliquer nettement sur ce point : il s'agit de malades traités médicalement selon le schéma précédent et chez lesquels après une période de 15 jours mais plus souvent 3 semaines, 1 mois, l'opération fut décidée en fonction de diverses données relatives à l'évolutivité de la maladie ulcéreuse en cause. Nous incluons ce type de H.D.O.U. dans la catégorie des malades traités médicalement les considérant comme des succès du traitement médical, l'intervention chirurgicale étant décidée secondairement pour un tout autre motif que l'hémorragie en cause.

Inclure cette catégorie de malades dans la catégorie de l'urgence différée, comme le font certains auteurs, contribue à fausser le problème et parler d'intervention d'urgence que pour les malades opérés au cours d'une hémorragie digestive et continuant à saigner.

1° - H.D.O.U. TRAITEES MEDICALEMENT

Les 107 malades traités médicalement intéressent :

SEXE	70 hommes sur 84 (83,3 %) 37 femmes sur 39 (94,8 %)
SIEGE	56 fois le siège est gastrique 45 fois le siège est duodénal 6 fois associé, gastrique et duodénal
AGE	20 fois l'âge est inférieur à 40 ans 43 fois compris entre 40 et 60 ans 44 fois il est supérieur à 60 ans

Les caractères cliniques de cette hémorragie montrent que :

34 fois l'hémorragie est grave
39 fois la gravité est moyenne
29 fois l'hémorragie est minime
5 fois son importance est indéterminée
30 fois les malades ont des antécédents éthyliques.

Si le risque hémorragique est plus élevé chez la femme l'hémorragie ulcéreuse réagit très bien au traitement médical.

Si la gravité de l'hémorragie est le plus souvent moyenne, la quantité d'hémorragies graves y est très importante (34 contre 39 hémorragies graves).

MORTALITE

Sur ces 107 malades, nous comptons 13 décès, soit un pourcentage de 12,1 %.

La plupart des statistiques donnent des chiffres inférieurs :

	HEMORRAGIES	POURCENTAGE
IVY 1951	14 973	13,4
LAMBLING 1956	225	2,5
CHANDLER 1958	143	15,9
M. LEVRAT et MARTIN, 1960	500	7,4
M. VACHON et VENET 1966	200	3
Nous-mêmes 1967	123	12,1

Nous avons cherché à élucider les causes et les facteurs de cette mortalité médicale. Les causes précises ont été les suivantes (13 cas) :

- Persistance de l'hémorragie 7
- Infarctus myocardique 2
- accident vasculaire cérébral 2
- coma hépatique 2

Parmi les facteurs de mortalité, l'âge et les tares viscérales sont essentiels. Sur 13 malades, 11 (84,6 %) étaient âgés de plus de 60 ans et la moyenne d'âge des décès se situait à 70 ans .

Le pourcentage des décès est plus du double dans le sexe masculin (9 hommes pour 4 femmes).

Le rôle des tares associées était évident

- cirrhose 5 sur 13 décès, soit 38,4 %
- tare cardio-vasculaire 3
- tare respiratoire 2

7 fois il s'agissait de la première hémorragie, 6 fois d'une hémorragie itérative.

Nous sommes frappés enfin dans ces cas mortels du nombre relativement important d'hémorragies inaugurales. Il s'agissait dans ces cas de :

- Hémorragie inaugurale 3
- Hémorragie de la 1ère année 3
- Hémorragie de 1 à 3 ans 2
- Hémorragie de 3 à 5 ans 2
- Hémorragie de 5 à 10 ans 1
- Hémorragie de 10 à 20 ans 1
- Hémorragie de 40 à 50 ans 1

En ce qui concerne la morphologie et la localisation de l'ulcère, nous trouvons :

- ulcère géant 2 cas
- ulcère perforé bouché 1 cas
- ulcère gastrique 9 cas
- ulcère duodénal 3 cas
- ulcère gastrique et duodénal 1 cas

Nous n'avons jamais noté dans ces cas de cause déclenchante médicamenteuse.

Les facteurs de mortalité dans les H.D.O.U. sont donc représentés essentiellement par le grand âge des sujets et l'existence de tares viscérales associées et particulièrement de cirrhoses (plus du 1/3 des malades décédés étaient des cirrhotiques). La localisation gastrique apparaissant enfin plus redoutable que la localisation duodénale.

2°- H.D.O.U OPEREES SECONDAIREMENT (URGENCE DIFFEREE)

Parmi nos malades traités médicalement et guéris médicalement de leur H.D.O.U. un pourcentage important fut opéré ultérieurement pour des raisons diverses : 38 sur 123, soit 30,9 %. La majorité de ces malades fut opérée après un délai de 3 à 4 semaines.

Le motif de la décision opératoire fut :

- le plus souvent l'existence d'antécédent de H.D.O.U. antérieure (20 cas), beaucoup plus rarement l'extrême gravité qu'avait

revêtu l'H.D.O.U. (7 cas), l'ancienneté de la maladie ulcéreuse et son caractère rebelle au traitement médical (5 cas), le doute sur la nature de l'ulcère (3 cas).

- l'existence d'un accident pseudo-perforatif (1 cas) ou la difficulté de surveillance radiologique en raison du siège de l'ulcère (un ulcère de la face postérieure haute).

Les résultats dans cette série furent remarquables : 1 décès sur 38, soit 2,6 %.

3° - H.D.O.U. OPEREES D'URGENCE

16 malades sur 123 (13 %) furent opérés en urgence sur les critères précédemment indiqués :

SEXE 14 hommes et 2 femmes ont été opérés
SIEGE 6 fois l'ulcère était gastrique dont 1 était double
 7 fois duodénal dont 2 étaient doubles
 1 fois associé gastrique et duodénal
 2 fois il s'agissait d'ulcère peptique

L'intervention chirurgicale a permis de découvrir des éléments de gravité : 3 ulcères géants, 1 ulcère perforé bouché dans le pancréas, et 5 ulcérations artérielles.

AGE 2 opérés avaient moins de 40 ans
 8 opérés avaient entre 40 et 60 ans
 4 opérés avaient plus de 60 ans (dont 2 malades sont décédés)
 9 fois le malade a été opéré malgré la notion d'éthylisme associée (2 fois elle était confirmée)
 4 fois le malade présentait des tares viscérales associées telles que hypertension artérielle, insuffisance respiratoire, tuberculose pulmonaire, pancréatite céphalique.

Dans un seul cas l'hémorragie a été inaugurale, les autres malades souffraient de l'estomac ou étaient traités pour ulcère, l'ancienneté de l'ulcère n'excédant pas 10 ans. La mortalité opératoire dans cette courte série est de 2 cas sur 16, soit 12,5 %.

~~D'autres auteurs citent des pourcentages moins élevés :~~

~~M. LEVRAT 1960 2 % et M. VACHON 1966 3 %.~~

Dans nos deux cas, le décès devait être imputé à une embolie

pulmonaire. Nous ne pouvons, sur une série aussi courte, envisager les facteurs de mortalité. Dans les 2 cas, il s'agissait de malades ayant dépassé 60 ans : 1 homme et 1 femme, pour l'un d'eux, sujet étylique porteur d'une pancréatite chronique.

Dans les deux cas, l'hémorragie était précocce, moins d'un an après le début de la maladie ulcéreuse ; 1 cas concernait un ulcère gastrique double avec érosion artérielle, 1 cas : 1 ulcère peptique.

Nous voulons seulement souligner le pourcentage de décès remarquablement faible dans cette courte série, ceci d'autant plus qu'existaient des éléments de gravité évidente : sur ces 13 malades, en effet, 2 seulement avaient moins de 40 ans, 7 entre 40 et 60 ans, et 4 avaient dépassé 60 ans.

Il s'agit fréquemment de lésions locales graves puisque 5 fois fut notée une ulcération artérielle, que 3 fois il s'agissait d'ulcère géant et 1 fois d'ulcère perforé bouché à fond pancréatique.

Enfin les tares viscérales étaient retrouvées dans tous les cas : 4 fois sous forme de tares diverses (hypertension, insuffisance respiratoire, tuberculose pulmonaire, pancréatite céphalique) et 9 fois sous forme d'une cirrhose.

Nous soulignons, sans vouloir insister sur ce fait qui nécessiterait à lui seul de longs développements, que la mortalité fut nulle chez ces 9 éthyliques opérés en urgence.

Nous avons réuni dans un même tableau les pourcentages de mortalité se rapportant au traitement chirurgical d'urgence donnés par différents auteurs :

DESJACQUES et CHOVET	1955.....	16 décès sur 38 hémorragies	42,1 %
CHANDLER	1958.....		26,3 %
M. GIRARD	1958.....	3 décès sur 9 hémorragies	33,3 %
HILLEMAND.....	1959.....	3 " "	6 hémorragies 50 %
M. LEVRAT et MARTIN .	1960.....	4 " "	10 hémorragies 40 %
M. VACHON et VENET...	1966.....	0 " "	6 hémorragies 0 %
Nous-mêmes	1967.....	2 " "	16 hémorragies 12,5 %

Les TYPES D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES ont été précisés

- 14 fois sur 16 dans les interventions en urgence immédiate
- 38 fois sur 39 dans les interventions en urgence différée.

	URGENCES IMMEDIATES	URGENCES DIFFEREES
	Nombre de cas	Nombre de cas
- gastrectomie subtotale	10	34
- dragstedt + G.E.A.	2	4
- gastro-jéjunectomie	2	0
- gastrectomie totale	0	0
- non précisé	2	1
TOTAL	16	39

Dans les 2 cas, un grand nombre de gastrectomies subtotales a été pratiqué.

10 cas sur 14 dans les urgences immédiates 71,4 %

34 cas sur 39 dans les urgences différées 87,1 %

Les pourcentages sont à peu près identiques, les différences dans les résultats opératoires dans l'un et l'autre des cas ne peuvent donc pas être influencés par la technique chirurgicale.

4° - CONCLUSIONS THERAPEUTIQUES

Il n'est plus actuellement question de discuter la valeur comparée du traitement médical et du traitement chirurgical des H.D.O.U. Le traitement est toujours indispensable, il n'est pas à lui seul toujours suffisant. Il ne semble pas que la réfrigération gastrique permette de bouleverser les données du problème.

A la lumière de notre travail, les points suivants peuvent être mis en exergue :

a) Nous sommes frappés par le taux relativement élevé de mortalité chez les sujets chez qui nous avons refusé l'intervention d'urgence (12,1 %). Certes, parmi ces malades figure une proportion notable de "mauvais risque" soit en raison de l'âge, soit en raison de l'existence de

tare viscérale associée. On ne peut cependant manquer d'être frappé du fait que la plupart de ces malades sont morts, non de complications ischémiques à distance, cardiaques ou cérébrales ou d'insuffisance viscérale grave (coma hépatique) mais de la persistance de leur hémorragie. Si on admet d'autre part la fréquence actuellement incontestée des hémorragies par ulcération artérielle, il est logique de penser qu'un certain contingent aurait pu être sauvé par une intervention chirurgicale d'urgence.

b) Inversément, le taux de mortalité de nos opérés d'urgence apparaît faible (12,5 %). Peut-être pourra-t-on soutenir qu'il s'agit d'une série courte, que le hasard nous a fait bénéficier d'une bonne série et que nombre de travaux récents font état de mortalité nettement plus élevée, de l'ordre de 20 %.

c) Quoi qu'il en soit, ces deux arguments nous inciteraient à adopter à l'avenir une attitude plus chirurgicale dans certains cas.

Certes, le plus grand nombre des H.D.O.U. est susceptible de guérir par le traitement médical. Le fait ressort à l'évidence de notre travail. Bien plus, si dans ce groupe certains sujets durent ensuite être opérés, ils purent l'être dans des conditions particulièrement favorables avec une mortalité opératoire minime (2,6 %) et des suites opératoires lointaines généralement très favorables.

Mais l'intervention d'urgence doit avoir des indications plus larges que nous ne le pensions et ne doit plus représenter pour le médecin l'épouvantail qu'elle était autrefois. La persistance ou la récurrence de l'hémorragie, malgré le traitement correctement conduit, doit imposer l'intervention d'urgence. Avec cette réserve que toute schématisation dans ce domaine est très difficile et qu'il y a toujours des cas d'espèces. Un point qui nous a paru particulièrement délicat est l'appréciation du moment à partir duquel on peut admettre l'échec thérapeutique.

Parmi les arguments plaidant en faveur de la chirurgie d'urgence, notre statistique permet essentiellement de retenir :

1°/ l'ancienneté de l'évolution ulcéreuse (encore qu'une hémorragie inaugurale peut fort bien être grave et même mortelle : 3 cas personnels.)

3°/ L'âge avancé des malades au-dessus de 60 ans, facteur

certain de gravité opératoire mais facteur plus évident encore de gravité de l'hémorragie.

3°/ Enfin, le siège gastrique de l'ulcère.

/EVOLUTION LOINTAINE DES H.D.O.U./

Cette évolution n'a pu être appréciée que chez un petit nombre de malades. Nous n'avons pu en effet avoir des nouvelles que de 48 sujets, soit qu'ils aient répondu par écrit au questionnaire que nous leur avions adressé, soit plus fréquemment que nous ayons pu les revoir personnellement.

Devenir de 27 malades traités médicalement (sur 69)

- un seul malade a présenté il y a 27 ans sa première hémorragie. Le traitement médical a été un échec : signes fonctionnels inchangés (douleurs épigastriques). Radiologiquement, persistance d'une niche bulbaire. Surtout, apparition de 4 nouvelles hémorragies. Le traitement chirurgical fut proposé et refusé par le malade.

- Pour 3 malades, le recul est de 10 à 20 ans : tous ont présenté 1 ou 2 hémorragies récidivantes

Les résultats fonctionnels lointains sont bons pour deux malades et moyens pour le 3ème qui continue à souffrir et a refusé l'intervention chirurgicale.

Il s'agissait pour ces 3 observations de 2 ulcères gastriques et d'un ulcère bulbaire.

- Pour 8 malades, le recul est de 5 à 10 ans. On note 4 bons résultats cliniques et 4 résultats moyens ou mauvais : un syndrome hypoglycémique, diarrhée et douleurs évoquant une pancréatite associée, 3 présentent toujours des douleurs persistantes atypiques, et 2 d'entre eux firent 1 ou plusieurs hémorragies récidivantes. L'une d'entre elle vient d'être opérée.

- Pour 7 malades, le recul est de 2 à 5 ans ; avec 4 bons résultats : 2 présentent de vagues douleurs atypiques, une malade vient de présenter une récidive hémorragique et doit subir une intervention chirurgicale.

- Le recul est seulement de 1 à 2 ans pour 8 autres malades avec 5 bons résultats, 2 accusent des douleurs atypiques et un seul des épigastralgies périodiques typiques et il a de plus présenté une hémorragie récidivante.

En conclusion, 13 malades sur 27 présentent une évolution parfaitement paisible de leur ulcère depuis leur 1ère hémorragie, donc la moitié des cas sont de bons résultats.

8 malades sur 27 ont présenté des récidives hémorragiques, soit plus du 1/3 des malades.

2 malades ont refusé l'intervention chirurgicale

2 ont été, ou vont être opérés.

Les autres bénéficient encore d'un traitement médical.

Nous constatons comme D.VENET dans la thèse de M.VACHON que les risques de récidives hémorragiques augmentent proportionnellement en fonction de la plus longue évolution de l'ulcère.

100 % après 10 ans d'évolution

20 % seulement entre 2 et 10 ans

3 interventions chirurgicales ont été proposée en raison de douleurs épigastriques importantes ; 2 furent refusées.

7 autres malades présentent des douleurs atypiques et poursuivent une thérapeutique médicale.

Il est à noter que les 3 malades qui continuent à souffrir de façon importante ont tous les 3 présenté une récidive hémorragique. L'évolution troublée de leur ulcère remonte pour deux d'entre eux à 13 et 27 ans.

Devenir de 21 ulcéreux traités
chirurgicalement

6 d'entre eux le furent en urgence (sur 16 opérés en urgence)

- 1'un revu 7 ans après l'intervention pour ulcère du bulbe présente un dumping-syndrôme

- 2 ulcères gastriques présentent un recul de 6 ans ; tous 2 ont présenté un Dumping-syndrôme dont l'un a guéri en un an

- le recul est de 4 ans pour un de nos malades

le résultat est excellent bien qu'il s'agissait au départ d'un ulcère peptique.

- 2 ulcères gastriques ont été revus un an seulement après l'intervention. Bon résultat noté pour l'un, l'autre présente actuellement un Dumping-syndrôme dont on ne peut pas encore apprécier le pronostic.

En conclusion : aucune récurrence hémorragique n'a été signalée pour ces 6 malades ; il faut souligner cependant la fréquence du Dumping-syndrôme chez les ulcéreux opérés en urgence immédiate : 4 sur 6 l'ont présenté. Un seul semble avoir guéri. Aucun ulcère peptique n'a été découvert. 50 % de bons résultats lointains sont à signaler.

15 malades furent opérés à froid - sur 38 malades dans
notre statistique.

- 4 malades ont été revus 5 à 10 ans après leur intervention. Tous sont considérés actuellement comme guéris.

Ils avaient été opérés soit pour hémorragies récidivantes, soit pour la gravité de l'hémorragie elle-même.

- 5 malades revus 2 à 5 ans après l'intervention vont bien. Ils avaient été opérés 3 fois pour hémorragies récidivantes, 1 fois pour l'ancienneté de l'ulcère ; la localisation de l'ulcère hémorragique à la face postérieure de l'estomac rendant difficile sa surveillance a été, dans le dernier cas, le motif de l'intervention.

- Le recul de 1 an seulement pour 6 de nos opérés est insuffisant pour juger de l'évolution post-opératoire. 5 malades vont bien actuellement, un seul accuse des douleurs épigastriques très atypiques.

3 furent opérés pour hémorragies récidivantes, un parce qu'il y avait doute sur l'étiologie, un autre était rebelle au traitement médical, le dernier présentait une hémorragie très grave.

Donc, il apparaît d'emblée que l'évolution des ulcères hémorragiques opérés à froid est excellent.

Pas de récurrence hémorragique - pas de signes fonctionnels notables - pas d'ulcère peptique

En conclusion, cette statistique fait ressortir les points suivants :

1°/ Fréquence relative des hémorragies digestives itératives chez les malades traités médicalement 26,9 %

2°/ Excellent résultat de la chirurgie pratiquée après guérison de l'hémorragie digestive puisque dans notre série nous ne comptons aucune récurrence hémorragique et des troubles fonctionnels mineurs.

3°/ Quant aux malades opérés en urgence, sur le petit nombre suivi, nous n'avons pas noté de récurrence hémorragique mais nous signalons des manifestations fonctionnelles en particulier du type dumping-syndrôme, souvent pénible et persistant.

/ C O N C L U S I O N S /

I - Notre statistique d'ulcères gastro-duodénaux (473 cas) fait ressortir un taux élevé du risque hémorragique (28,12 %).

- Les hémorragies digestives d'origine ulcéreuse (H.D.O.U.) représentent 24,37 % soit environ 1/4 du total des hémorragies digestives observées dans notre Service. (statistique de 505 cas).

- SEXE :

La proportion des H.D.O.U. est évidemment bien plus grande chez l'homme - 68,3 % - que chez la femme - 31,7 % - Toutefois, si l'on tient compte de la fréquence relative de l'ulcère selon le sexe, le risque hémorragique apparaît plus fréquent chez la femme (33,62 % soit environ 1/3 des cas) que chez l'homme (23,53 % soit un peu moins du quart des cas).

- SIEGE ET SEXE :

Le risque est maximum dans l'ulcère gastrique de la femme (47,27 %) puis dans l'ulcère gastrique de l'homme (34,65 %), puis dans l'ulcère duodénal de la femme (21,81 %), enfin dans l'ulcère duodénal de l'homme (17,33 %). Nous retrouvons la notion classique d'un risque hémorragique très élevé dans l'ulcère post-bulbaire (40 %).

- AGE :

Les H.D.O.U. sont observées surtout après 40 ans (81,22 %). Le risque hémorragique est, après cet âge, nettement plus élevé, atteignant entre 60 et 80 ans le chiffre de 56,8 %.

- SIEGE :

Un pourcentage un peu plus élevé d'H.D.O.U. concerne des ulcères gastriques (50,84 % contre 42,50 % des ulcères duodénaux). Le risque dans cette localisation gastrique est nettement plus élevé (37,6 % contre 18,5 %, c'est-à-dire à peu près le double).

- Le rôle de l'HEREDITE est retrouvé avec sensiblement la même fréquence dans les ulcères hémorragiques et dans les ulcères non hémorragiques (9,75 % pour les premiers, 10,15 % pour les seconds). Le risque hémorragique dans les formes à hérédité ulcéreuse n'est pas plus élevé et la proportion d'hémorragies graves est, dans notre statistique, nettement plus faible. Le risque hémorragique dans l'ulcère des Musulmans-Nord Africains est réduit : environ 3 fois moins que chez l'Européen.

- Le rôle de l'ALCOOLISME comme facteur adjuvant est particulièrement net (33,3 % soit 1/3 de nos malades étant des étyliques notoires et 13 % présentant une cirrhose très probable ou certaine). La fréquence des hémorragies graves sur ce terrain est un peu supérieure à la moyenne.

- Le rôle déclenchant de CERTAINS MEDICAMENTS est retrouvé dans 17,5 % des cas, l'ASPIRINE jouant de loin le premier rôle. La proportion des hémorragies graves dans cette éventualité est réduite mais non négligeable.

- Nous n'avons pas décelé d'INFLUENCE SAISONNIERE manifeste, tout au plus une légère recrudescence en Novembre.

II - CONSIDERATIONS CLINIQUES

1°/ Les H.D.O.U. sont rarement minimes (22,7 %), le plus souvent graves ou moyennes (40 % et 37,2 %).

Le risque hémorragique grave est un peu plus important chez l'homme que chez la femme (43 % contre 36,8 %), un peu plus important mais pas très nettement passé la quarantaine.

La proportion d'hémorragies graves est sensiblement la même dans l'ulcère gastrique et l'ulcère duodéal.

2°/ L'hémorragie digestive représente en général un accident précoce de la maladie ulcéreuse : 61,6 % durant l'année d'apparition des premiers symptômes avec 33,33 % d'hémorragies inaugurales. C'est également à ce stade que s'observe la plus forte proportion d'hémorragies graves.

3°/ La proportion d'hémorragies récidivantes est de 26,8 % ; les facteurs les plus nets étant l'âge au-dessus de 40 ans, et l'étylisme.

III - TRAITEMENT

Sur 107 H.D.O.U. traitées médicalement, la mortalité fut de 12,1 %. La cause du décès étant le plus souvent la persistance de l'hémorragie, plus rarement un accident vasculaire : myocardique ou cérébral, ou un coma hépatique. Les évolutions léthales concernent surtout les sujets ayant dépassé la soixantaine ou présentant des tares viscérales en particulier hépatiques.

16 malades sur 123 furent opérés en urgence. La mortalité opératoire apparaît relativement modérée : 12,5 % ; résultat d'autant plus remarquable que les tares viscérales étaient, dans ce groupe, fréquentes.

38 malades sur 123 (30,9 %) furent opérés après guérison de leur hémorragie, généralement au bout de 3 à 4 semaines, le plus souvent en raison d'antécédents d'hémorragies digestives, parfois du fait d'un doute sur la nature de la niche ou de l'extrême gravité qu'avait revêtu l'hémorragie ou de l'ancienneté de la maladie ulcéreuse et de son caractère rebelle au traitement médical, ou enfin de l'existence d'accident pseudo-perforatif ou de la difficulté de surveillance radiologique en raison du siège de l'ulcère.

Si le plus grand nombre d'H.D.O.U. est susceptible de guérir par le traitement médical, l'intervention d'urgence doit avoir des indications plus larges que nous ne le pensions. Outre la persistance de l'hémorragie, élément essentiel, l'âge et le siège de l'ulcère représentent à nos yeux les facteurs secondaires les plus importants dans cette décision toujours difficile de l'intervention d'urgence. L'âge avancé des malades constitue en effet un facteur de mortalité opératoire mais également et plus encore un facteur de gravité de l'hémorragie. Il en est de même du siège gastrique de l'ulcère, facteur de léthalité évident dans notre travail où les décès médicaux concernent trois fois plus d'ulcères gastriques que d'ulcères duodénaux. Par contre, la date d'apparition de l'hémorragie digestive ne peut peser dans la décision, (une hémorragie précoce ou même

inaugurale pouvant parfaitement entraîner la mort), pas davantage que l'existence de tares viscérales élément de gravité, quelle que soit la conduite thérapeutique mais compatible avec une chirurgie d'urgence sous réanimation correcte : à preuve notre groupe de 9 étyliques, dont 2 cirrhotiques, ulcéreux opérés en urgence sans mortalité opératoire.

IV - EVOLUTION LOINTAINE

L'évolution lointaine fait ressortir la fréquence relative des hémorragies itératives chez les malades traités médicalement (25,9 %) l'excellent résultat de la chirurgie pratiquée à froid après guérison de l'hémorragie, enfin la relative fréquence de troubles fonctionnels pénibles chez les opérés en urgence.

Le Président de la Thèse :

M. GIRARD

VU, le DOYEN,

J. F. CIER

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 2 novembre 1967

Le Recteur, Président du Conseil de
l'Université,

P. LOUIS

/ B I B L I O G R A P H I E /

- ALDMAN (A.), WALLENSTEIN (S.). - Bleeding peptic ulcer. *Acta med. scand.*, 155, 207-22, 1956
- ALLEN (A.-W.). - Acute massive bleeding from the upper gastro-intestinal tract. *Intern. Clin.*, 4, 205, 1937.
- ALSTED (G.). - Changing incidence in peptic ulcer. London, Oxford University Press, 1939.
- ÁLVAREZ (A.S.), SUMMERSKILL (W.-H.). - Gastro-intestinal haemorrhage and salicylates. *Lancet*, 2, 920-925, 1958.
- AMELINE. - Résultats de 132 gastrectomies pour ulcère. Société de gast. entér. de Paris. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, 34, 3-6, p. 145, 1945.
- ARIAS (I.6M.) ZARNCHECK (N.), THROWER (W.-B.). - Recurrence of haemorrhage from Médically treated gastric ulcer A.M.A., *Arch. Int. Méd.*, 101, 369-376, 1958.
- ARMSTRONG (G.-E). - Gastric haemorrhage. *Surg. Gyn. Obst.*, avril 1932, V, 34, P. 466.
- ATIK (M) and SIMBONE (F.A.). - Massive gastro-intestinal bleeding ; study of 296 patients at city hospital Cleveland. *Arch. Surg.*, 1954, 69, 355.
- AUBIPOUX (R.). - Les hémorragies gastro-duodénales dans la lithiase biliaire. Thèse Paris, 1923.
- AUGUSTE (Ch.), PARIS (J.). - L'ulcère peptique après gastrectomie ; étude médicale. *Arch. Mal. app. Dig.*, 36, 553, 1947.
- BABEY (A.-M.), HURST (A.F.). - Incidence mortality and treatment of haemorrhage in gastro duodénal and anastomotic ulcer. *Guy's Hosp. Rep.*, 86, 129, 1936.
- BAKER (C.). - Bleeding peptic ulcer. *Guy's Hosp. Rep.* 61, 1, 1947.
- BALFOUR (D.). - Management of lesions of the stomach duodenum complicated by hemorrhage. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 89, 1656-1658, 1927.
- BANCET-FOREST (C.). - La gastrectomie d'urgence dans les hémorragies graves duodénales ulcéreuses, Thèse, Lyon, 1958.
- BANDLER (M.), DESJARDIN (J.-A.). - Bleeding duodénal ulcer, study of one hundred sixty two patients, with particular reference to pain, seasonal incidence and blood groups. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 170, 2174-2177, 1959.
- BANNING (A), BARON (A), KOPELMAN (H), LAM (KL), WARREN (P). - Bleeding peptic ulcers *British Journal* (5425), 20 oct. 1965 - p. 781-784.
- BARATGIN (B.). - Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Etude clinique et anatomique d'après une série de 292 observations. Thèse, Toulouse, 1956.
- BARBOUR (H.-G.), DICKERSON (V.-C.). - Gastric ulcerations produced in rats by oral and subcutaneous aspirin. *Arch. Int. de Pharmacologie et thérapie*, 58, 78-87, 1938.
- BARRETT (F.-A.). - Repeated episod of hemmorrhage from gastro-duodenal ulcer. *J. Intern. Coll. Surgeous*, 16, 658-661, 1952.
- BEAU (A.), NEIMANN (N.), PREVOT (J.), LENSEIGNER (F.). - Les accidents digestifs de la corticothérapie chez l'enfant. *Pédiatrie*, 15, 5-9, 1960.

- BEHREND (M.). - The incidence of hemorrhage in perforated gastric and duodenal ulcers. J. Am. Med. Ass., 1930, V, 95, p. 1889.
- BLEKIN (G. A.) and CONN (H. -O.). - Blood ammonias concentration, bromsulfalein retention in upper gastro-intestinal hemorrhage. N. England J. M., 1959, 260, 530.
- BENEYTO (S.). - Considérations sur l'étude des hématomés et mélanoses avant et après gastrectomie. Thèse, Paris, 1953 Dacty 1.
- BENNETT (T. -I.), DOW (J.), LANDER (F. -P.), WRIGHT (S.). - Severe hemorrhage from stomach and duodenum. Lancet, 2, 651, 1938.
- BERT (J. -M.), COLLARD (R.). - Les hémorragies digestives déclenchées par l'aspirine. Comm. des Journ. franç. de gastro-entér. Arch. Mal. App. Dig., 48, 1661, 1959.
- BLACKFORD (J. -M.), ALLEN (H. -E.). - Bleeding peptic ulcer. Journ. Am. Med. Assoc., 20, 811-812, 1942.
- BOCKMUS (H. -L.). - Gastro-enterology. Philadelphia, 1946.
- BOGENDURFER (L.), ENGEL (W.). - Über die grosse Magenblutung bei ulkustranken. Münch Med. Woch., 93, 2498-2499, 1951.
- BOHN (G.). - Hematemesis as a surgical problem. Brit. Med. J., 2, 630, 1949.
- BOLES (R. S.), WESTERMAN (M. -P.). - Seasonal incidence and precipitating causes of hemorrhage, from peptic ulcer. Journ. Am. Med. Ass., 156, 1379-1383, 1954.
- BOLLINGER (MR et al.). - Local cooling in the management of acute upper gastro-intestinal bleeding. Amer. J Surg. III - 651-5, May 66.
- BONFELS (S.), BARATGIN (B.), ROISI, LAMBLING (A.). - Mécanisme des accidents gastro-duodénaux provoqués par les traitements corticoïdes. Sem. Hôp. Paris, Pathologie et Biologie, n° 12, 133, 1958.
- BONFELS (S.), HARDOUIN (J. -P.), RICHER (C.), DELBANE (F.), LAMBLING (A.). - Les lésions gastriques (ulcères et hémorragies) provoquées par la phénylbutazone. Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 71, 114-124, 1955.
- BOUTRY. - Suites éloignées de la gastrectomie pour ulcère. Thèse, Paris, 1953 (161 Etats).
- BRETTER (R.). - Les ulcères gastro-duodénaux d'origine médicamenteuse. Revue lyonnaise de Médecine, 279-281, 1956.
- BROW (R. -K.), MITCHELL (N.). - Influence of some of the salicyl compounds and alcoholic beverages on the natural history of peptic ulcer. Gastroenterology, 31, 198-203, 1956.
- BRULE (M.), HILLEMANT (P.), CALLANDRY. - L'ulcère de la deuxième partie du duodénum. Arch. Mal. app. Dig., 846-847, 1932.
- BULMER (E.). - Mortality from hematemesis. Lancet, 2, 720, 1932.
- CACHIN (M.), PERGOLA, GELIN. - Les ulcères gastro-duodénaux au cours des cirrhoses. Concours Méd., 78, 3855-3862, 1956.

- CACHIN (M.), PERGOLA (A.), LEVILLAIN (R.), SLAMA (R.), DEBERSE (B.). - Delta -cortisone et ulcération gastrique. Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 73, 100-108, 1957.
- CRABBE (J.) .- L'ulcère gastro-dudodéal et les corticostéroïdes. Acta gastrô entérologica Belgica (29 (5-6) Mai-juin 1966 p. 495-502.
- CAULOT (M.). - Les hémorragies après gastrectomie pour ulcère. Thèse, Lyon, 1956.
- CAMMOCK (E.-E.), HALETT (W.-Y.), HARKINS (H.-N.). - Diagnostie and therapy in gastro-intestinal hemorrhage ; a study of 410 patients. Arch. Surg., 1963, 86, 608.
- CASTAIGNE. - Formes hémorragiques larvées de l'ulcère duodéal. La clinique, 13 juillet 1913.
- CATTAN (R.), CAIN. - Les hémorragies gastriques et intestinales au cours des affections hépatospléniques. Soc. Méd. Hôp. Paris 1334-1350, 1937.
- CHAIKIN (Tanen-Baum). - Bleeding peptic ulcer Journ. Int. Col. Surg. 6, 475-481, 1943.
- CHANDLER (G.-N.), WATKINSON (G.). - Gastric-aspiration in hematemesis, Lancet, 2, 1170, 1953.
- CHANDLER (G.-N.), WATKINSON (G.). - The early diagnostic of the causes of hematemesis. Quart. J. Med. N.S., 28, 371, 759.
- CHANDLER (G.-N.). - Hematemesis and melaenas. Brit. J. Clin. Path., 13, 759-763, 1959.
- CHARRIER, LOIGUE, POLONY. - Résultats obtenus par la gastrectomie chez les ulcéreux. Arch. des Mal. de l'App. Dig., T. 41, n° 7-8, p. 743, 1952.
- CHANDLER (G.-N.), CAMERON (A.-D.), NUNNA (H.), STREET (D.-F.). - Early investigation of hematemesis. Gut., 1, 6, 1960.
- CHIESMAN (W.-E.). - Mortality of severe hemorrhage from peptic ulcer. Lancet, 2, 272, 1932.
- CHINN (A.B.), WECKESSERF. - Acute hemorrhage from peptic ulcer (332 cases). Ann. Intern. Med., 34, 339-351, 1951.
- CHINN (A.-B.), LITTELL (A.-S.), BADGER (G.-F.) and BEAMS (A.-J.). - Acute hemorrhage from peptic ulcer, a follow-up study of 310 patients. New Englands J.M., 1956, 255-293.
- CHIRAT. - Les ulcères par lésions du système nerveux central. Thèse, Lyon, 1953.
- CHIRAY (M.) et ANY (P.). - Hémorragies gastro-duodénales mal connues. Pres Méd., 9 juillet 1930, p. 921.
- COGHILL (N.F.), WILLOCX (R.H.). - Factors in the prognosis of bleeding chronic gastric and duodéal ulcers. Quart. J. Med. N.S., 39, 575, 1960.
- COLLINS (E.S.), KNOWLTON (R.-S.). - Review of 141 consecutive cases of massive hemorrhage from the upper gastro- intestinal tract, Ohio State Med. J., 35, 1175, 1939.
- CONTE (M.), JULIEN (Cl.). - L'ulcère gastro-duodéal chez les nord-africains immigrés travaillant dans la région parisienne. Schweiz. Z. Path. Bakt., 21, 238-241, 1958.
- COOPER (P.) and APPELL (K.). - Results of surgery for peptic ulcers. Philadelphie W.B. Saunders Co, 1963.

- COSTE (F.), ANTOINE (B.), RAMPON (S.). - Les hémorragies digestives au cours des traitements à la phénylbutazone. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 71, 100, 44, 1955.
- COTTALORDES (J.). - Symposium sur les hémorragies digestives. *Marseille Méd.*, 96, 471-473, 1959.
- PRIOMER (R.), DREZEC. - Les hémorragies digestives déclenchées par l'aspirine. *Comm. aux Journ. Franç. de gastro-entér. Arch. Méd. App. Dig.* 48, 1663, 1959.
- CROHN (B-B), LERNER (H.-H.). - Gross hemorrhages as a complication of peptic ulcer. *Am. J. Digest. Dis.*, 6, 15, 1939.
- CROHN-B-B.). - Need for aggressive therapy in massive upper gastro-intestinal hemorrhage. *J. A. M. A.*, 151, 626, 1953.
- CULLIMAN (E.-R.), PRICE (R.-K.). - Hematemesis following peptic ulceration prognosis and treatment. *St Bart's hosp. Rep.* 65, 185, 1932.
- DARIN (J-C), POLACEK (M.-A.) and ELLISON (E.-H.). - Surgical mortality of massive hemorrhage from peptic ulcer. *Arch. Surg.* 1961, 83, 71.
- DEBRAY (C.), HARDOUIN (J-P.), LAUMONIER (R.), CLERF (M.), MARTIN (E.). - Les ulcères duodénaux de la delta-cortisone. *Sem. hôp. Paris*, 32, 3616-3626, 1956.
- DELANNOYE, SOOTS. - Diagnostic et traitements des hémorragies digestives aiguës. *Acta Cher. Bel.* 54, 458-489, 1955.
- DELANNOYE (E.), VANDERDORP (F.). - Diagnostic clinique et radiologique urgent dans les hémorragies ulcéreuses. *Rapport aux Journ. Franç. de gastro-entér. Arch. Mal. App. Dig.* n° 7-8 bis, 43-51, 1959.
- DELORT (M.) et LUQUET (G.). - Hémorragies digestives à répétition. *Arch. Mal. App. Dig.*, janvier 1925, p. 47.
- DEMOLE, MICHEL (J.). - Contribution à l'étude de l'origine des hématémèses. *Thèse, Paris*, 1931.
- DEMOLE (M.), KINCESS (A.). - Les hémorragies ulcéreuses. *Discussion des Journ. Franç. de gastro-entér. Arch. Mal. App. Diges.*, 48, 1615-1618, 1959.
- DESJACQUES (R.), CHDVET (M.). - Les ulcères hémorragiques de l'estomac et du duodénum. *Lyon, Chir.*, 50, 710-712, 1955.
- DESNEUX (J-J.). - Hémorragies digestives aiguës. *Endoscopies d'urgence. Arch. Mal. App. Dig.* 48, Suppl. 7, 8, 53, 1959.
- DORTON (H.-E.) and HYDEN (W.-H.). - Acute massive duodenal ulcer hemorrhage direct suture control and vagotomy pyloroplasty. *Arch. Surg.*, 1961, 81, 428.
- DOUTHWAITE (A.-H.). - Effect of aspirin on the stomach. *Lancet*, 2, 917, 1954.
- DUBARRY (J-J), JANET (J.), LEQUERLER (Y.). - Réflexions à propos de l'étude statistique de 1300 ulcères gastro-duodénaux. *Arch. Mal. App. Dig.*, 44, 377-381, 1955.
- DUBARRY (J-J), NEBOIT-MOMBET (J.). - Hémorragies digestives au cours des séquelles de gastrectomie. *Arch. Mal. App. Dig.*, 49, 473-478, 1960.
- DUBOST (C.). - Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. *Revue du Praticien*, 2, 1845-1853, 1952.
- DUGGAN (J.-M.). - Hematemesis and melaena a survey. *Med. J. Austr.*, 2, 941, 1956.
- DUMPHY (J.E.) and HOERR (S.-O.). - Indication for emergency operation in severe hemorrhage from gastric or duodenal ulcer. *Surgery*, 1948, 24, 231.

- EDELMAN (G), BOUTELIER(Ph), BRENOT (J), SCHMITT (R). - Le traitement des hémorragies gastro-duodénales massives ; (hypertension portale exceptée).
Mémoires de l'académie de chirurgie 92 (10-11) 16-23 mars 1966 p. 304-315.
- EDELMAN (G). - Clôture de la discussion sur le traitement des hémorragies gastro-duodénales massives. Séance du 14 décembre 1966, p. 890 - 901.
- ECKMOYLE (W. -M.). - Problems of hemorrhage from duodenal and gastric ulcer. Canada M.A.J., 68, 247;258, 1953.
- FARRIS (J. -M.) and SMITH (G. -K). - Vagotomy and pyloroplasty for bleeding duodenal ulcer Aim. J; Surg., 1963, 105, 388.
- FERRARI (O.J.) , - et al. - Simultaneous multiple gastric and duodenal ulcers. prensa Med. Argent 52 : 764 - 70 - 23 apr. 65
- FERGUSON (D.A.), WYMAN (A.L.). - Bleeding peptic ulcers, Lancet, 1, 814, 1951.
- FERTITTA (S). - Sulla frequenzo e sul trattamento delle emmoragie da ulcera peptica. Minerva Medica, 46, 595-598, 1955.
- FINSTERER (H.). - Surgical treatment of acute perfuse gastric hoemorrhage. S.G.O., 69, 291, 1939.
- FRIME (C.N.), PAINE (J. -R.) and EGAN (R-W). - Immediate results in the treatment of the perforated peptic ulcer, 1942-1957. Arch. Surg., 1959, 79, 319.
- FORSTER (J. -H.), HICKOK (D. -F.) and DUMPHY (J. -E.). - Factors influencing mortality following emergency operation for massive upper gastrointestinal hemorrhage. Surg. Gyn. Obst., 1963, 117, 257.
- FOURCADE. - Suite immédiate de la gastrectomie pour ulcère. Thèse, Paris, 1953 (160 états).
- FRAENKEL (G. -J.), TRUELOVE (S. C.). - Haematemesis with special reference to peptic ulcers Brit. Med. J., 1, 999, 1955.
- FRUMUSAN (P.), CATTAN (R.). - Le problème de la maladie ulcéreuse. Presse Méd., 6", 398-401, 1955.
- GALLART-MONES (F.). - Contribution al estudio de ciertas gastro-patias cronicas dolorosas ; hemorragicas sin ulceres. Acad. de Cierre. Mediq. de Catalunya, 26-5-1926.
- GARDENER (G. C. et al.). - The seasonal incidence of peptic ulcer activity fact or fancy with special reference to gastro intestinal hemorrhage. Amer J gastro. ent. 45, 22-8 Janv. 66
- GARDES (J.). - L'ulcère récidivant post-opératoire. Thèse Lyon 1955.
- GARDNER (B;), BARONOFKY (I. -D.). - Bleeding duodenal ulcer with special reference rocrater. Surgery, 45, 389, 402, 1959?
- GIRARD (M.). - L'ulcère récidivant post-opératoire. Le Rôle, mai-juin 1956, n0 5, p. 205.
- GIRARD (M.), BLANC (B.). - A propos de gastrectomie d'urgence différée dans le traitement des hémorragies ulcéreuses. J. Med. de Lyon, 20.4.59, 40, n0 943, 325-340.
- GIRARD (M.), MARTIN (F.), MESTRALLET (G.), CAILLOT (M.). - Les hémorragies des gastrectomies pour ulcères. Journ. Méd. de Lyon, 41, 965-993, 1960.

- GIRARD (M.), PLAUCHU (M.), HAGUENAUER (G.). - Considérations étiologiques à propos de 400 observations d'hémorragies digest. Lyon Ust., n° 51, 1909-1025, 1958.
- GIRARD (M.), RESILLOT (P.). - Etude statistique de 976 cas d'ulcères gastro-duodénaux. Journ. Med. Lyon, 31, 329, 1950.
- GORDON, TAYLOR (G.). - Attitude of surgery to haematemesis, Lancet, 2, 12, 1935.
- HAGUENAUER (G.). - Etude clinique de 400 cas d'hémorragies digest. Thèse, Lyon 1958.
- HAMILTON (J.E.), HARBRECHT (P.J.), ROBBINS et NOLAND (J.L.) (Louis cille Kent), Surgery Gynec. and Obst., t. 121, n° 3, sept. 1965, p. 545-550.
- HAMILTON (J.E.), HARBRECHT (P.J.), ROBBINS (R.E.), NOLAND (J.L.). - Les éléments du pronostic dans les importantes hémorragies ulcéreuses gastro-duodénales. Surgery - gynecology and obstetrics 121 n° 3-545-550 Sept. 65 - In : presse médicale 74 n° 16 832 - 26 mars 1966.
- HAMPTON (A.O.). - Safe method for rentgen demonstration of bleeding duodenal ulcers. Amer. J. Roentgenol, 38, 565, 1957.
- HANER (J et al.). - Gastro intestinal hemorrhage as a complication of steroid therapy. Cesk gastro ent. VYZ 19 : 340 - 5 sept. 65.
- HARDOUIN (J.P.). - Les ulcères gastro-duodénaux chez les nord-africains musulmans à Paris. Schweiz Z. Path. Bakt., 21, 223-238, 1958.
- HEUER (G.J.). - The surgical aspects of hemorrhage from peptic ulcers. New-Engl. Med, 235, 777, 1946.
- HILLEMAND (P.), COCSVINIS. - A propos des accidents digest. dus à l'emploi de la phénylbutazone. Arch. Mal. App. Digest., 45, 313-334, 1956.
- HILLEMAND (P.), MONNEROT. - A propos de l'étiologie et du traitement des hémor. dig. Arch. Mal. App. Dig., 46, 144, 1957.
- HILLEMAND (P.), VIGUIE (R.), BREZARD (J.). - Etude statistique et étiologie des hémor. ulcéreuses. Rapport aux journées franç. de gastro-entérol. Arch. Mal. App. Dig., 48, n° 7-8 bis, 9, 17, 1959.
- HOLLENDER (L.), ALDOFF (M.). - Les hémorragies digest. post-gastrectomiques, Jourp. franç. de gastro-entér. Arch. Mal. App. digest., 48, n° 7-8 bis, 152-167, 1959.
- HURST (A.), RYLE (J.A.). - Incidence mortality and treatment of hemorrhage in gastric and duodenal ulcer. Lancet, 1, 1-6, 1937.
- IVY (AC), GROSSMAN (M.I.), BACHROCH (W.-H.). - Peptic ulcer. Curchill edit., London, 1951.
- JACKSON (F.G.). - Directionnal flow patterns of portal hypertension, assesment of spleen, pressure and splenopertography. Arch. Surg., 1963, 87, 307.
- JAULIN (P-R.). - Contribution à l'étude de l'importance et de la persistance des hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Thèse, Paris, 1960, n° 620, 91 pages.

- JEANMEREY (G.). - Rôle de l'infection dans les hémorragies des ulcères gastriques. Arch. Mal. Appar. Dig. , juin 1929, p. 691.
- JONES (F.A.). - Hematemesis and melaena. Gastro-enterology, 1956, 30, 166.
- JONES (F.A.), KELLOCK (D-T). - Communication personnelle
- KALCKA. - Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Thèse, Nancy, 1950.
- KELLEY (H.G.), GRANT (G.N.) and ELLIOTT (D.W.). - Massive gastro-intestinal hemorrhage. Arch. Surg., 1963, 87, 6.
- KELLY (J.J.). - Salicylate ingestion; a frequent cause of gastric hemorrhage. Am. J. Med. Sciences, 232, 119-128, 1956.
- KELSEY (J.R.). - Ulcerogenic drugs. Amer. J. Dig. Dis., 4, 903-909, 1959.
- KOROU (D-D), MEYER (K-A.). - Laboratory findings in masswely bleeding gastro-duodenal ulcers. Review of 2008 cases. Arch. Surg., 87, 916, 1963.
- KOROU (D.D.), MEYER (K-A.). - Massive bleeding gastro-duodenal ulcers general factors influency incidence and mortality. Arch. Surg. 86, 445, 1963.
- KOROU (D.D.), MEYER (K-A.). - Massive bleeding gastro-duodenal ulcers. Arch. Surg., août 1964, 89, n° 2n 250-265.
- LAMBLING, BONFILS, BARATGIN. - Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux, Revue du Praticien, t. VI, n° 31, p. 3418, 1956.
- LAMY (J.), MICHOTÉY (G), BRIGOT (R.), SARLES (J.C.), ASSADOURIAN (R.). - A propos du traitement des hémorragies gastro duodénales massives (hypertension portale exceptée). Académie de chirurgie. Séance deu 23 nov. 1966. Mémoires de l'académie de chirurgie 92 n° 27 - 28 - 825 - 831 - 16 et 23 nov. 1966.
- LEVRAT, LAMBERT. - Etude statistique de 1 184 ulcères gastro-duodénaux. Revue Lyon. de Méd., t. VI, n° 4, p. 129, 28-2-1957.
- LEVRAT (M.), LAMBERT (R.), MARTIN (F.). - Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux Arch. Mal. App. Dig., 50, 865, 1961.
- LEVRAT (M.), MARTIN (F.), LAMBERT(R.). - Les hémorragies importantes des ulcères gastro-duodénaux . Réflexions sur les éléments du pronostic et les indications thérapeutiques . Presse Méd. 18-1-64, 72, n° 3, 141-144.
- LONGUET (Y.L.). - Mémoires de l'académie de chirurgie 92 (16-17). 18-25 mai 1966 p. 463-466.
- MARTIN (F.). - Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Considérations étiologiques à propos d'une statistique de 500 observations. Thèse, Lyon, décembre 1960.
- MERCADER et HAUTEFEUILLE. - Indication et résultats du traitement chirurgical des hémorragies digestives ulcéreuses. Arch. Mal. App. Dig., déc. 1959, 48, n° 12, 1629-1643.
- MILLER (Ch.). - Gastric hemorrhage. Brit. Med. J., 5 mars 1927, p. 411.

- LOYGUE (J.), MALAFOSSE (M.), VAISSIERE (G. de la). - Le traitement des hémorragies gastro-duodénales massives. Mémoires de l'académie de chirurgie 92 (16-17). 18 - 25 mai 1966, p. 458-462.
- MILLER (H.R.). - Mortality factors of gastrectomy or medical treatment in upper gastro intestinal bleeding. AMER J. Surg. III : 202 - 5 Feb 66
- MITTY (W.F.), BREEN (F.-J.), WALLACE (R.), GRACE (W.J.). - Factors influencing mortality in bleeding peptic ulcer. Amer. J. Dig. Dis., 6, 389-395, 400, 1961.
- MOSCHCOWITZ (A.V.). - Massive hemorrhage from the stomach without demonstrated ulcer. Aim. J. Med. Sci., 1926, V, 152, p. 714.
- MOULIN (M.). - Three cases of gastrectomy for hematemesis. Lancet, 20 octobre 1900, p. 1125.
- NEG-DHAM (D.), Mc CONACHIE (J.A.). - Hematemesis and melaena. Brit. Med. J., 2, 133, 1950.
- NORBYE (E.). - Ulcer statistics from Drammen Hospital, 1936-1945. Acta Med. Scand., 143, 50, 1952.
- NUSSBAUMER (A.). - A propos du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodéal hémorragique. Etude de 102 ulcères opérés. Ann. Chir.; Suppl. Sem. Hôp. Paris, oct. 1962, 15, n° 19, C 1273, C 1276.
- PALUMBO (L.-T) and SHAYE (W.-S.). - Partial gastrectomy for chronic duodenal ulcer. Results of follow-up in 700 cases. Surgery, 48, 658, 1960.
- PALUMBO (L.-T) and SHARPE (W.-S.). - Partial gastrectomy for chronic duodenal ulcer with hemorrhage. Results in 450 cases. Surgery, 49, 585, 1961.
- PALUMBO (L.-T.) and SHARPE (W.-S.). - Distal antrectomy with vagotomy for duodéal ulcer. Review of 450 cases. Arch. Surg., 87, 1040, 1963.
- PALUMBO (L.-T.) and SHARPE (W.-S.). - (Des Moines, Iowa). Surgery, t. 58, n° 3, sept. 1965, p. 473-482.
- PASQUIER (N.). - De l'influence de l'alcoolisme sur l'évolution des ulcères gastro-duodénaux. Thèse, Lyon, Juin 1957.
- PATTERSON (M.) et col. - Fatal gastro intestinal bleeding JAMA - 175 - 19 - 328 - 1961
- PATTISON (AC et AL). - Surgical management of post bulbar duodenal ulcers. Amer J Surg III 313 - 8 Mars 1966.
- PEYCELON (R.), BLANCHET. - Réflexion sur une statistique de gastrectomie pour ulcère. Journal Méd. de Lyon, n° 739, p. 851; oct. 1950
- QUENNEVAT (J-C). - Etude statistique sur 4 années de gastro-entérologie dans un service hospitalier parisien. Thèse, Paris, 1951.
- PEYCELON (R.), DELORE (X), JEGON (Y), PORTA (J.P.), THOULON (JM). - Problèmes posés par le traitement des hémorragies ulcéreuses graves LYON chirurgical 62 (3) - Mai 1966, p. 363 - 369.
- RAVAULT (P.), LAMBERT (R.), BOUNAT (C.). - Hémorragies multiples des cirrhotiques traités par delta-cortisone. Rev. Lyon, Méd., 7, 1177, 1958.

- RESILLOT (P.). - Etude statistique de 976 cas d'ulcères G.D. Thèse, Lyon 1950.
- RODGERS (J.B.) et al. - Gastric hypothermia : A critical évaluation of its use in massive upper gastro intestinal bleeding AUN Surg. 163 : 367 - 72-mars 66.
- ROSENAT (B.D.), MOSER (R.H), FIRCH (C.), BOND (W-H) and House-Worth (J.H.). - Hemorrhage from peptic ulcer, an analysis of 223 cases. Gastro-enterology, 1952, 20, 272.
- ROUSSELOT (L-M), PANKE (W.-F.) and MORENO (A.-H). - Further evolution of splenic pulp manometry as a differential diagnostic test of acute upper gastro-intestinal tract bleeding Am. J. Gastro-enterolo., 1961, 35, 474.
- SALAS (C.). - Surgical indications in gastro duodenal ulcer, Prensa Medo Argent 52 : 1728 - 37 13 Aüg 65
- SARNOWSKI (M.) et Al. - Rydyger's operation and vagotomy in bleeding duodenal ulcer Pol Tyg lek 21 : 315 - 7 - 28 Feb 66
- SASSON (L.) - A rapid method of actively passing the gastro intestinal string American journal of gastro enterology 45 (3) - Mars 66 p. 207 - 208.
- SAVARIAND (M.). - L'ulcère hémorragique de l'estomac, Thèse, Paris, 1898.
- SEREBRO (H.A.) et Al. - Late results of medical and surgical treatment of bleeding peptic ulcer - Lancet 2 : 505 - 8 - 3 sept. 66.
- SPICER (F.W.), CARBONE (G.V.), and LYON (C.G.). - Acute massive hemorrhage from gastro-duodenal ulceration. Am. J. Surg. 1961, 102, 153.
- STEWART (J.D.), SANDERSON (G.M.) and WILLS (C.E.). - Jr blood replacement and gastric resection for massively bleeding peptic ulcer. Am. Surg. 1952, 136, 742.
- STOICHITA (S.) et Coll. - Deux attitudes thérapeutiques en cas d'hémorragies graves compliquant la maladie ulcéreuse. Via. Med., 1er juin 1961, 8, n° 11, 613-616 (titre français).
- TIXIER et CLAVEL. - Les grandes hémorragies gastro-duodénales Lyon, 1933, Masson.
- TREPPOZ (M.). - Les ulcères post-bulbaires du duodénum, Lyon, 1958
- VACHON (A.), JUVANON (J.), - Etiologie et statistique des hémorragies digestives Jour, Méd. Lyon, 40, 394-401, 1959.
- VERBRYCKE (J.R.). - Gastric hemorrhage Medic. Record.. 1920 V 98 p.841.
- WALTRIGNY, LESURE (J.), POIGNON (J.). - Accidents mortels de la corticothérapie, Arch. Fr. Pédiatrie, 13, 557, 1956.
- WARDMEQUAID (J.N.), PEASE (J.C.), Mac EWEN, SMITH (A.), TWORT (R.J.). - Surgery on bleeding peptic ulcers. Gut. 1, 258-1960.
- WEBER (R.A.), SCHROETER (M-M), RIDELL (O.). - The management of bleeding peptic ulcer. S.G.O., 106, 139, 1958.
- WEICH (C.E.). - Treatment of acute massive gastro-intestinal hemorrhage J.A.M. Ass., 1949, 141, 1113.

- WEINBERG (J.A.). - The treatment of massively bleeding duodenal ulcer. by ligation pyroplasty and vagotomy. Am. J. Surg. 1961, 102 - 1958.
- WEISS (A.G.), STAHL (J.), HOLLANDER (L.). - Diagnostic et traitement de l'hémorragie grave d'origine ulcéreuse. Arch. Nat. App. Dig., 46, 1101-1113, 1957.
- WILKINSON (L.H.); SIMMS (A.G.), FLOYD (V.T.), BLAND (J-W), GRADY (D.) et Mc KNIGHT(J) Multiple duodenal ulcers with fatal hemorrhage. Arch. Surg., mai 1960, 80, n° 5, 753-759.
- WILLOCX (R.G.), JONES(F.A.). - Associated bleeding and perforation on peptic ulcer.
- WIRTS (C.W.), BODI (T). - Management of hemorrhaging gastro-duodénal ulcers. Jour?. Ame. Med. Ass., 136, 1229-1234, 1957.
- WISSMER (B). - Les hémorragies des ulcères gastro-intestinaux. Communication aux jour, franç. de gastro-entérologie. Arch. Mal. App. Dig. 48, 1618, 1959.
- WOFFORD (J.D.) COMMINS (A.J.). - Hemorrhage from duodenal ulcer during the administration of reseyne. N. England J. M., 255, 1193-1194 - 1956.

